

Ambulatoryjne leczenie zaburzeń odżywiania się w cukrzycy typu 1

Ann E. Goebel-Fabbri, PhD, Nadine Uplinger, MS, MHA, RD, CDE, BC-ADM, LDN,
Stephanie Gerken, MS, LD, RD, CDE, Deborah Mangham, MD, Amy Criego, MD, MS,
Christopher Parkin, MS

W skrócie

Nieprawidłowe zachowania związane z jedzeniem występują często u dziewcząt w okresie dojrzewania i młodych kobiet, są jednak znacznie częstsze u chorych na cukrzycę typu 1 niż w populacji ogólnej. Długotrwałe leczenie chorych na cukrzycę typu 1 z zaburzeniami odżywiania (eating disorders and type 1 diabetes, ED-DMT1) często prowadzone jest ambulatoryjnie. W tym artykule dokonano przeglądu istotnych problemów klinicznych i strategii wykorzystywanych w ambulatoryjnym leczeniu ED-DMT1.

Intensywne programy leczenia szpitalnego ukierunkowane na swoiste potrzeby chorych na cukrzycę typu 1 z zaburzeniami odżywiania (ED-DMT1) rzadko są dostępne dla chorych i zespołów terapeutycznych. Takie programy szczegółowo opisano w artykule pt. *Szpitalne leczenie zaburzeń odżywiania się w leczeniu cukrzycy typu 1* zamieszczonym w tym numerze *Diabetologii po Dyplomie*. Większość chorych na ED-DMT1 leczona jest ambulatoryjnie. Takie leczenie może przybierać różne formy – od okresowych konsultacji u endokrynologa do cotygodniowych spotkań z członkami wielospecjalistycznego zespołu zajmującego się leczeniem cukrzycy. W tym artykule skoncentrowano się na problemach klinicznych i strategiach wykorzystywanych w leczeniu ED-DMT1 w różnego rodzaju ośrodkach ambulatoryjnych. Próbowano także ustalić zalecenia dotyczące optymalnego leczenia w takich ośrodkach, które dysponują odpowiednimi zasobami.

Zalecenia terapeutyczne

Leczenie z udziałem wielospecjalistycznego zespołu uważane jest za standard opieki zarówno w zaburzeniach odżywiania, jak i cukrzycy.^{1,3} Najlepiej, aby w skład zespołu zajmującego się leczeniem chorych na ED-DMT1 wchodził endokrynolog/diabetolog, dyplomowana pielęgniarka, dietetyk przeszkolony w dziedzinie zaburzeń odżywiania i cukrzycy oraz psycholog lub pracownik społeczny również przeszkolony w dziedzinie zaburzeń odżywiania i cukrzycy, oferujący raz w tygodniu sesję

terapii indywidualnej. W zależności od nasilenia towarzyszących problemów psychicznych, takich jak depresja i lęk, należy również zlecić konsultację psychiatryczną w celu oceny potrzeby i ustalenia leczenia farmakologicznego. Członkowie zespołu terapeutycznego muszą mieć swobodny i częsty kontakt ze sobą w celu zapewnienia spójności leczenia, przepływu informacji i realizacji celów terapeutycznych.

Jednym z najistotniejszych aspektów leczenia dla członków zespołu terapeutycznego jest nawiązanie dobrej relacji z chorymi. Chorzy muszą mieć poczucie, że nie będą oceniani ani poddani nierealnym oczekiwaniom. Ponieważ często czują się zawstydzeni swoimi zmaganiem z ED-DMT1, muszą nauczyć się ufać zespołowi terapeutycznemu, aby otwarcie i uczciwie móc bez problemów komunikować się z jego członkami. Po nawiązaniu relacji opartej na zaufaniu, zrozumieniu i akceptacji chorzy mogą chętniej angażować się w terapię.

Przed rozpoczęciem leczenia najważniejsze jest przeprowadzenie dokładnej diagnozy stanu chorego na ED-DMT1. Należy przejrzeć i zaktualizować listę leków, uwzględnić produkty dostępne bez recepty i leki ziołowe, w tym środki przeczyszczające, moczopędne, wymiotne i odchudzające. Chorzy z zaburzeniami odżywiania się są w dużym stopniu narażeni na przyjmowanie lub nadużywanie środków odchudzających. Jeżeli chory przyznaje się do przyjmowania tych środków, lekarze powinni ocenić, w jakich ilościach i jak często są stosowane. Należy poinformować chorych o zagrożeniach z tym związanych.

Początkowym celem leczenia jest zadbanie o stan somatyczny chorych. Biorąc pod uwagę częste ograniczanie dawek insuliny i ryzyko poważnej hiperglikemii, początkowy cel leczenia może być z pozoru skromny (ale klinicznie znaczący) i polegać na zapobieganiu rozwojowi epizodów kwasicy ketonowej w przebiegu cukrzycy (diabetic ketoacidosis, DKA). Chorych należy poinformować o objawach DKA i zagrożeniach związanych z tym stanem. Minimalnym warunkiem, umożliwiającym leczenie ambulatoryjne, jest wykazanie przez chorych, że przestrzegają rutynowych zasad codziennego przyjmowania podstawowych dawek insuliny zapobiegających DKA.

American Diabetes Association (ADA) zgodnie z opracowanymi przez siebie standardami leczenia cukrzycy⁴ i celami leczenia zaburzeń odżywiania się⁵ zaleca, aby w miarę postępu leczenia dostosowywać zasady do potrzeb poszczególnych chorych na ED-DMT1. Oznacza to przeważnie, że zespół terapeutyczny musi wykazywać gotowość do ustanawiania skromnych celów o stopniowo wzrastającej trudności, które dla chorych wydają się możliwe do osiągnięcia. Trzeba podkreślić, że intensywne leczenie cukrzycy nie jest właściwym celem na wczesnym etapie leczenia chorych na ED-DMT1. Zbyt szybkie dążenie do uzyskania glikemii zbliżonej do normy może w rzeczywistości zwiększać ryzyko rozwoju retinopatii cukrzycowej lub pogłębić istniejące wcześniej problemy, a także nasilać bóle neuropatyczne. Dlatego zespół terapeutyczny powinien za cel przyjąć stopniowe poprawianie przeciętnego zakresu wahań stężenia glukozy we krwi w ciągu miesięcy. W tabeli 1 przedstawiono propozycje dopasowywania celów terapeutycznych w zależności od obrazu klinicznego.

Zalecamy, aby chorzy raz w tygodniu spotykali się ze specjalistą zajmującym się zdrowiem psychicznym. Na początku leczenia, niezależnie od cotygodniowej tera-

Tabela 1. Dostosowywanie celów terapeutycznych w zależności od rodzaju zaburzeń odżywiania i nasilenia objawów

Anorexia nervosa			
Objawy	Zagrożenia	Cele MNT	Cele leczenia cukrzycy
Ograniczanie wszystkich rodzajów pokarmów, brak zainteresowania uzyskaniem lub utrzymaniem dobrej kontroli cukrzycy	<ul style="list-style-type: none"> Mała masa ciała, chorzy z tej grupy często stawiają sobie perfekcyjne cele dotyczące leczenia cukrzycy, chociaż nie kontrolują przyjmowania pokarmów Inne problemy somatyczne (np. brak miesiączki) 	<p><u>Krótkoterminowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Osiągnięcie docelowego zakresu masy ciała, przeważnie BMI > 19 kg/m² dzięki stosowaniu diety jak w zaburzeniach odżywiania pod kontrolą RD, ustalonej na podstawie zapotrzebowania kalorycznego oraz SMBG przed i po posiłku Przeważnie konieczne jest spożywanie 3 posiłków/3 przekąsek, jeżeli chory nie jest w stanie przyjąć wystarczającej liczby kalorii w ramach 3 posiłków <p><u>Długoterminowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Intuicyjne planowanie diety Unikanie skupiania się na etykietkach pokarmów 	<p><u>Krótkoterminowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Uzyskanie bezpiecznych, zgodnych z wytycznymi wartości HbA_{1c}, zniechęcanie do perfekcyjnych celów dotyczących HbA_{1c} <p><u>Długoterminowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Adekwatne SMBG i podawanie insuliny HbA_{1c} < 7%
Perfekcjonizm związany zarówno z przyjmowaniem pokarmów, jak i leczeniem cukrzycy (np. nieakceptowanie stężenia glukozy we krwi > 100 mg/dl)	<ul style="list-style-type: none"> Przywiązywanie nadmiernej wagi do perfekcyjnej kontroli stężenia glukozy we krwi Zachowania kompulsywne (np. SMBG 10-15 razy na dobę lub HbA_{1c} w zakresie dolnych 5%) Nawracające stany ciężkiej hipoglikemii, wymagające pomocy drugiej osoby 	<p><u>Krótkoterminowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Osiągnięcie docelowego zakresu masy ciała, przeważnie BMI > 19 kg/m² dzięki stosowaniu diety jak w zaburzeniach odżywiania pod kontrolą RD, ustalonej na podstawie zapotrzebowania kalorycznego Przeważnie konieczne jest spożywanie 3 posiłków/3 przekąsek jeżeli chory nie jest w stanie przyjąć wystarczającej liczby kalorii w ramach 3 posiłków Unikanie skupiania się na etykietkach pokarmów, szczególnie jeżeli prowadzi to do ograniczeń pokarmowych <p><u>Długoterminowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Intuicyjne planowanie diety 	<p><u>Krótkoterminowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Uzyskanie bezpiecznych, zgodnych z wytycznymi wartości HbA_{1c}, zniechęcanie do perfekcyjnych celów dotyczących HbA_{1c} oraz SMBG przed i po posiłku <p><u>Długoterminowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Adekwatne SMBG i podawanie insuliny
Restrykcyjne ograniczanie pokarmów z niektórych grup (np. węglowodanów lub tłuszczu)	<ul style="list-style-type: none"> Chorzy mają świadomość, że węglowodany są tym składnikiem odżywczym, który bezpośrednio wpływa na stężenie glukozy we krwi Chorzy są przekonani, że mniej insuliny znaczy lepiej lub że insulina spowoduje, że przytyją 	<p><u>Krótkoterminowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Osiągnięcie docelowego zakresu masy ciała, przeważnie BMI > 19 kg/m² dzięki stosowaniu diety jak w zaburzeniach odżywiania pod kontrolą RD, ustalonej na podstawie zapotrzebowania kalorycznego Przeważnie konieczne jest spożywanie 3 posiłków/3 przekąsek, jeżeli chory nie jest w stanie przyjąć wystarczającej liczby kalorii w ramach 3 posiłków Unikanie skupiania się na etykietkach pokarmów, szczególnie jeżeli prowadzi to do ograniczeń pokarmowych <p><u>Długoterminowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Intuicyjne planowanie diety 	<p><u>Krótkoterminowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Uzyskanie bezpiecznych, zgodnych z wytycznymi wartości HbA_{1c}, zniechęcanie do perfekcyjnych celów dotyczących HbA_{1c} oraz SMBG przed i po posiłku <p><u>Długoterminowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Edukacja skoncentrowana na tym, że stosowanie insuliny nie prowadzi do przyrostu masy ciała, ale oznacza zastępowanie występującego w warunkach fizjologicznych i potrzebnego hormonu Adekwatne SMBG i podawanie insuliny

pii, niektórzy chorzy mogą odnieść korzyści z cotygodniowych spotkań ze zmieniającymi się członkami zespołu zajmującego się leczeniem cukrzycy. Należy zachęcać chorych do przynoszenia ze sobą na każde spotkanie własnych urządzeń związanych z samodzielną kontrolą cukrzycy, takich jak glukometry. W toku leczenia konieczne jest dostosowanie diety, leków przeciwcukrzycowych i modyfikacja celów związanych z samodzielną kontrolą cukrzycy, co częściowo wynika ze zmieniających się wyników pomiarów glukometrem. W miarę zmniejszania się nasilenia objawów konsultacje z zespołem terapeutycznym mogą odbywać się rzadziej. Chorzy mogą na przykład zacząć od spotkań z endokrynologiem raz w miesiącu, a następnie spo-

tykać się z nim co 3-6 miesięcy, w miarę postępu leczenia.

Pomiar masy ciała

Na początku leczenia zaleca się kontrolę masy ciała raz w tygodniu. W zależności od dostępności pomiarów może dokonywać dowolny członek zespołu zajmującego się leczeniem cukrzycy lub specjalista zajmujący się zdrowiem psychicznym. Chorzy powinni wchodzić na wagę bez butów i być ustawiani w pozycji uniemożliwiającej odczytywanie wyników, ponieważ znajomość wahań masy ciała może nasilać objawy zaburzeń odżywiania. W przypadku chorych z niedowagą celem jest uzyskiwanie przyrostu masy ciała rzędu 0,5-1 kg tygodniowo

w warunkach ambulatoryjnych. U chorych z prawidłowymi lub przekraczającymi normę wartościami masy ciała celem jest ich stabilizacja. U chorych na ED-DMT1 nie kładzie się nacisku na zmniejszanie masy ciała, ponieważ nadmierne skupienie na odchudzaniu może również przyczynić się do nasilenia objawów zaburzeń odżywiania się.

Badanie przedmiotowe, objawy życiowe i pomiary laboratoryjne

Badanie przedmiotowe rozpoczyna się od objawów życiowych. Chociaż dla większości chorych na ED-DMT1 nadciśnienie tętnicze nie jest typowym objawem, nieprawidłowe wyniki pomiarów ciśnienia

Tabela 1. Dostosowywanie celów terapeutycznych w zależności od rodzaju zaburzeń odżywiania i nasilenia objawów (cd)

Bulimia nervosa			
Objawy	Zagrożenia	Cele MNT	Cele leczenia cukrzycy
Epizody niekontrolowanego objadania się i wywoływania wymiotów oraz przeczyszczenia w celu kontrolowania masy ciała, brak zaniepokojenia o leczenie cukrzycy	<ul style="list-style-type: none"> Przeważnie poważnie zaburzona kontrola glikemii Hipoglikemia może wynikać z epizodów objadania się i wywoływania wymiotów oraz przeczyszczenia Uwzględnienie zachowań związanych z objadaniem się/przeczyszczeniem często stanowi błędną wskazówkę prowadzącą do przeszacowania lub niedoszacowania zapotrzebowania na insulinę Zagrożenia medyczne wynikające z przeczyszczenia 	<p><u>Krótkoterminowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Skracanie przerw między posiłkami i przekąskami; bardzo istotny jest schemat planowania posiłków Unikanie dłuższych okresów bez jedzenia ze względu na zwiększone ryzyko epizodów objadania się i przeczyszczenia w nocy Konieczne spożywanie 3 posiłków/3 przekąsek z odpowiednim planem posiłków do czasu poprawy objawów Osiągnięcie docelowego zakresu masy ciała; przeważnie BMI >19 kg/m² <p><u>Długoterminowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Intuicyjne planowanie posiłków z dostosowywaniem dawek insuliny 	<p><u>Krótkoterminowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Bardzo istotne jest planowanie posiłków Zapotrzebowanie na insulinę może wymagać częstej korekty w miarę zmniejszania nasilenia objawów zaburzeń odżywiania Trzeba upewnić się, że insulina jest przyjmowana przed posiłkiem/przekąską <p><u>Długoterminowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Adekwatne SMBG i podawanie insuliny HbA_{1c} <7%
Zaburzenia odżywiania się bliżej nieokreślone (ED-NOS)			
Objawy	Zagrożenia	Cele MNT	Cele leczenia cukrzycy
Ograniczanie wszystkich lub części przepisanych dawek insuliny w celu kontrolowania masy ciała (chorzy mogą wymagać częstego wykonywania badań laboratoryjnych lub leczenia w warunkach szpitalnych, jeżeli nie są w stanie przyjmować wystarczających dawek insuliny, aby uniknąć DKA)	<ul style="list-style-type: none"> Możliwość ograniczania dawek insuliny krótko- lub długodziałającej, albo obydwu Pacjenci korzystający z pomp insulinowych mogą omijać wstrzyknięcia, okresowo odłączać lub wyłączać pompę Może występować mała masa ciała Zły stan odżywienia z powodu długotrwałej hiperglikemii Bardzo ograniczone lub brak SMBG, ponieważ świadomość aktualnych wartości stężenia glukozy jest wskazówką do określenia zapotrzebowania na insulinę Obecność ketonów, możliwa DKA 	<p><u>Krótkoterminowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Osiągnięcie docelowego zakresu masy ciała; przeważnie BMI >19 kg/m² dzięki stosowaniu diety jak w zaburzeniach odżywiania pod kontrolą RD, ustalonej na podstawie zapotrzebowania kalorycznego Przeważnie konieczne jest spożywanie 3 posiłków/3 przekąsek, jednak początkowo wystarczające jest przyjmowanie 3 posiłków przy adekwatnym podawaniu insuliny Wprowadzenie diety zalecanej w zaburzeniach odżywiania, można zmieniać liczbę przekąsek, jeżeli pacjent bardzo obawia się przyjmowania dodatkowych dawek insuliny <p><u>Długoterminowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Intuicyjne planowanie posiłków z dostosowywaniem dawek insuliny 	<p><u>Krótkoterminowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Utrzymywanie w bezpiecznych granicach stężeń glukozy we krwi i nieobecność ketonów HbA_{1c} w bezpiecznym zakresie, zniechęcanie do obierania perfekcyjnych celów dotyczących HbA_{1c} oraz przed- i poposiłkowego SMBG <p><u>Długoterminowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Stale SMBG i podawanie insuliny HbA_{1c} <7%

DKA – cukrzycowa kwasica ketonowa, MNT – leczenie dietą, RD – dyplomowany dietetyk, SMBG – samodzielne monitorowanie stężenia glukozy we krwi

i tętna mogą być związane z odwodnieniem czy neuropatią układu autonomicznego. Należy wykonać przesiewowe badania laboratoryjne zgodnie z wytycznymi ADA.³ W przypadku klinicznego podejrzenia zaburzeń elektrolitowych należy również wykonać zestaw badań biochemicznych.

Podczas badania przedmiotowego należy zwrócić uwagę na skórę pod kątem sinicy obwodowej, urazów i charakterystycznych dla cukrzycy zmian martwiczych. Powinno się przeprowadzić badanie neurologiczne w celu wykrycia neuropatii czuciowej lub ruchowej, które często występują nawet u młodych chorych na ED-DMT1. Ważne, aby zapytać o zmiany dotyczące widzenia, drętwienie, mrowienie czy osłabienie. We wczesnych stadiach leczenia często wy-

stępują zaburzenia widzenia wynikające z obrzęku mózgu, w miarę poprawy kontroli glikemii. Na tym etapie leczenia dość częste są również obrzęki obwodowe. Stanowią one duże wyzwanie terapeutyczne ze względu na wrażliwość chorych na zmiany masy i kształtu ciała.

Należy także zapytać o objawy sugerujące porażenie żołądka, takie jak wzdęcia, nudności czy uczucie nadmiernej pełności. Wielu chorych ograniczających jedzenie cierpi na pewnego stopnia porażenie żołądka, ale ten objaw jest szczególnie częsty i nasilony u chorych na ED-DMT1 narażonych na długotrwałą hiperglikemię.

W miarę poprawy kontroli glikemii może również rozwijać się lub nasilać bolesna

neuropatia obwodowa. Jak wspomniano wcześniej, jest to jedna z przyczyn, dla których należy unikać rygorystycznego wyrównywania stężeń glukozy na wczesnym etapie leczenia. Stopniowe obniżanie średniego stężenia glukozy w ciągu kilku miesięcy może zmniejszyć nasilenie objawów dotyczących widzenia, ze strony przewodu pokarmowego i obwodowego układu nerwowego, a nawet zmniejszyć nasilenie obrzęków.

Leki przeciwcukrzycowe

Po ustabilizowaniu poziomu płynów i ustąpieniu obrzęków zespół terapeutyczny powinien poważnie zająć się ciągłym niepokojem chorych o ewentualny

przyrost masy ciała. Kiedy chorzy próbują obniżyć stężenie glukozy we krwi i doświadczają niechcianego przyrostu masy ciała, ponosząc przy tym porażkę w odchudzaniu, może to znowu zwiększać wykorzystywanie strategii ograniczania dawek insuliny w celu zmniejszenia masy ciała. Dlatego jest ważne, aby edukować chorych i omawiać z nimi odczucia związane z przyrostem masy ciała podczas leczenia.

Należy podkreślić, że plan insulinoterapii musi być indywidualnie dostosowany do potrzeb każdego chorego na cukrzycę, również tych z ED-DMT1. Najlepszy plan insulinoterapii ustalany jest na podstawie indywidualnie określonego zapotrzebowania na insulinę, przy czym lekarze powinni uwzględnić takie czynniki, jak styl życia, typ zachowań związanych z zaburzeniami odżywiania (np. ograniczanie dawek insuliny, epizody objadania się/wywolywania wymiotów i przeczyszczania lub ograniczanie kalorii) i ogólne postępy w leczeniu. Wielokrotne podawanie insuliny w ciągu dnia (tzn. dawki podstawowe i okołoposiłkowe, fizjologiczna insulinoterapia) lub stosowanie pompy insulinowej mogą pozwolić pacjentom na zachowanie większej elastyczności przy planowaniu posiłków i precyzji dawkowania insuliny. Taka strategia leczenia może nie być właściwa u chorych na ED-DMT1, którzy w istotnym stopniu ograniczają dawki insuliny. W tej sytuacji przejście na stosowanie jednocześnie różnych rodzajów insuliny, np. mieszanek 70/30, może poprawić przestrzeganie zaleceń przez chorych do czasu, zanim nie będą gotowi na bardziej złożony plan leczenia insuliną.

Planowanie diety

Planowanie sposobu odżywiania i posiłków u chorych na cukrzycę powinno być ukierunkowane na kontrolowanie ilości spożywanych węglowodanów, które bezpośrednio wpływają na stężenie glukozy we krwi. Stałe skupianie się na zawartości węglowodanów i kalorii w posiłkach może jednak u niektórych chorych na cukrzycę prowadzić do przyjmowania zbyt sztywnych, rygorystycznych standardów, prowadzących do ograniczeń dietetycznych, które są najważniejszym czynnikiem prowokującym cykl epizodów objadania się i przeczyszczania.^{6,7} Dlatego leczenie dietą (medical nutrition therapy, MNT) powinno obejmować elastyczne i nierestrykcyjne podejście do jedzenia oraz kształtować taki sposób odżywiania, który będzie akceptowany przez całą rodzinę dla poprawy ogólnego stanu zdrowia.

Dietetycy mogą się niepokoić, że cele edukacyjne dotyczące diety stosowanej w skutecznym leczeniu cukrzycy⁶ są sprzeczne z celami edukacyjnymi w leczeniu zaburzeń odżywiania się.⁷ W rzeczywistości konflikt jest niewielki. Celem leczenia obydwu zaburzeń jest normalizacja sposobu odżywiania przy wykorzystaniu modyfikacji całej diety. To podejście koncentruje się bardziej na „umiarkowaniu i zachowaniu porcji odpowiedających zdrowemu stylowi życia niż swoistych składnikach odżywczych i rodzajach pokarmów”⁸ (tab. 2).

W piśmiennictwie niewiele jest informacji na temat właściwego planowania posiłków u chorych na ED-DMT1. Autorzy zalecają łączenie strategii planowania posiłków wykorzystywanych zarówno w leczeniu cukrzycy typu 1, jak i zaburzeń odżywiania się. Ponieważ większość chorych na ED-DMT1 odżywia się w sposób nieprawidłowy – niewystarczający i powodujący wysokie stężenia glukozy we krwi – ważne jest wprowadzanie zrównoważonej diety, zapewniającej stężenia glukozy we krwi jak najbardziej zbliżone do wartości przyjętych za docelowe przez zespół zajmujący się leczeniem cukrzycy. Cele MNT są dostosowywane w zależności od charakteru i nasilenia objawów zaburzeń odżywiania (tab. 1).

Na początku leczenia do osiągnięcia odpowiedniego ogólnego stanu odżywiania konieczne może być danie pierwszeństwa strategii liczenia jednostek węglowodanowych wykorzystywanej w leczeniu cukrzycy. Chorym umiejącym liczyć jednostki węglowodanowe może być trudno przejść do planu odżywiania stosowanego w leczeniu zaburzeń odżywiania. Ze względu na problemy towarzyszące zaburzeniom odżywiania chorzy mogą zmagać się z chęcią kontynuowania ograniczania niektórych pokarmów lub grup pokarmów (np. jeść tylko jedzenie niezawierające węglowodanów lub tylko 15 g węglowodanów jednorazowo, albo znacznie ograniczać spożycie tłuszczów).

Duże znaczenie ma prowadzenie szczegółowej edukacji, która pomaga chorym w stopniowym zaakceptowaniu bardziej elastycznego sposobu odżywiania, przy mniejszej liczbie sztywnych zasad i nierealnych oczekiwań. Chorzy, którzy wcześniej zostali nauczeni przestrzegania sztywnych planów dietetycznych w leczeniu cukrzycy, mogą borykać się z żywymi wspomnieniami restrykcji pokarmowych. Z tych złożonych powodów chorzy na ED-DMT1 mogą wymagać ciągłego zachęcania do zaakceptowania nowej zasady, zgodnie z którą wszystkie pokarmy mogą być odpowiednie w planie zdrowego odżywiania.

Niektóre aspekty leczenia psychiatrycznego: przewidywanie i częste przeszkody w rozwiązywaniu problemów

Pomaganie chorym w identyfikowaniu, przewidywaniu i przezwyciężaniu częstych trudności z rozwiązywaniem problemów w procesie zdrowienia może sprzyjać umacnianiu więzy z zespołem terapeutycznym i zmniejszać ryzyko nawrotu objawów lub rezygnacji z leczenia. Ta część artykułu zakłada, że w optymalnych warunkach leczenie ED-DMT1 obejmujące cotygodniowe spotkania ze specjalistą zajmującym się zdrowiem psychicznym. Jeżeli jednak dostęp do leczenia psychiatrycznego jest ograniczony, niektóre z tych problemów można rozwiązywać z udziałem innych członków zespołu zajmującego się leczeniem cukrzycy.

Przyrost masy ciała. Jednym z pierwszych wyzwań, z którymi większość chorych mierzy się we wczesnej fazie leczenia, jest przyrost masy ciała związany z wyrównaniem stężeń glukozy we krwi. Jeżeli pacjent systematycznie ograniczał dawki insuliny i są odwodnieni na początku leczenia, należy uświadomić im możliwość zatrzymywania płynów i powstawania obrzęków. Pacjentów trzeba przestrzec, że mogą czuć się grubi, wzdęci i ogólnie odczuwać dyskomfort, jednak zatrzymywanie płynów jest okresowe i nie wiąże się z rozwojem tkanki tłuszczowej. W tej sytuacji korzystne może być zachęcanie ich do wypijania wystarczających ilości płynów i ograniczania stosowania środków działających moczopędnie, np. zawierających kofeinę.

Ze względu na wrażliwość tej grupy chorych na zmiany masy i kształtu ciała powstawanie obrzęków na samym początku leczenia stanowi dla nich niezwykle wyzwanie. Podczas omawiania tego problemu chorzy często odwołują się do wcześniejszych doświadczeń, poczucia dyskomfortu i dezorientacji związanego z zatrzymywaniem płynów, które prowadziło do nawrotu ograniczania stosowania insuliny i innych nieprawidłowych zachowań związanych z jedzeniem.

Monitorowanie stężenia glukozy. Niezależnie od lęku przed przytyciem w sytuacji, kiedy lekarze, członkowie rodziny i sami chorzy mają nierealne i perfekcyjne oczekiwania dotyczące stężeń glukozy we krwi, może się pojawić frustracja i poczucie porażki. Ustalanie wzrastających i możliwych do osiągnięcia celów dotyczących wartości stężeń glukozy⁹ może również pomóc w utrzymaniu motywacji chorych, zmniejszaniu poczucia

Tabela 2. Całościowe ujęcie diety w ED-DMT1

Temat	Postawa w zaburzeniach odżywiania	Postawa w cukrzycy	Kompromis w ED-DMT1
„Wszystkie pokarmy są potrzebne”	Tak	Bardzo ważne	Podobnie
Liczba grup pokarmowych	7	1 główna (węglowodany)	Koncentrowanie się na 7 grupach jest ważniejsze niż samo liczenie węglowodanów
Odpowiednia wielkość porcji pożywienia/pomiary	Przybliżone określanie porcji jest właściwe	Bardzo ważne przy liczeniu węglowodanów	Szacowanie wielkości posiłku może być takie jak wtedy, kiedy chory je poza domem, zamiast mierzenia wszystkiego
Indywidualny plan odżywiania	Tak (3 posiłki/3 przekąski)	Bardzo ważny przy ustalaniu i wykorzystywaniu proporcji insuliny do węglowodanów	Plany odżywiania zawsze są zindywidualizowane, jeżeli jednak chory leczy się z powodu zaburzeń odżywiania, zachęca się go do stosowania diety właściwej dla zaburzeń odżywiania
Przekąski	Bardzo ważne	Niepotrzebne, spożywanie przekąsek wymaga przyjmowania dodatkowych dawek insuliny	Dobierane indywidualnie, w zależności od schematu insulinoterapii i objawów zaburzeń odżywiania się
Etykietyki na produktach spożywczych	Nie czytać	Bardzo ważne	Podejście indywidualne, w zależności od schematu insulinoterapii i objawów. Jeżeli skupianie się na etykietkach powoduje nasilenie objawów zaburzeń odżywiania, należy zachęcać chorych do szacowania porcji z pomocą dietetyka
Pokarmy dietetyczne/ bez dodatku cukru	Niewłaściwe	Ważne, należy zachęcać do stosowania tego typu produktów	Akceptuje się umiarkowane stosowanie napojów dietetycznych, substytutów cukru oraz syropów/gum/miętówek bez dodatku cukru
Tłuszcze	Ważne, aby znalazły się w diecie, ale się na nich nie koncentrować	Najważniejszy element edukacji w cukrzycy, większe znaczenie u dorosłych	Spożywanie tłuszczów w umiarkowanych ilościach jest ważne dla ogólnego stanu zdrowia; długotrwała edukacja koncentruje się na spożywaniu tłuszczów zdrowszych zamiast nasyconych lub trans

wypalenia, a także ryzyka nawrotu lub przedwczesnej rezygnacji z leczenia.

Hipoglikemia. Również obawa przed hipoglikemią może u chorych na cukrzycę prowadzić do narzucania sobie wyższych wartości w ramach kontroli glikemii niż zalecane przez zespół zajmujący się leczeniem cukrzycy. Lęk przed hipoglikemią może stanowić odrębną postać ED-DMT1, choć istnieją także wzajemne powiązania między obawą przed hipoglikemią a ED-DMT1. Próbując utrzymać wysokie wartości stężeń glukozy, aby uniknąć hipoglikemii, niektórzy chorzy przyznają, że odkryli zależność między hiperglikemią a utratą masy ciała i wtórnie do tego rozwija się u nich ED-DMT1.

Ponieważ jedną z form zwalczania hipoglikemii jest jedzenie pokarmów zawierających węglowodany, niektórzy chorzy twierdzą, że leczenie może u nich wyzwalac epizody niekontrolowanego objadania się. Inni niepokoją się przyjmowaniem dodatkowych kalorii i dlatego unikają konieczności leczenia hipoglikemii. Pomoc może przewidywanie wraz z chorymi, że leczenie hipoglikemii może wyzwalac obawę przed przejadaniem się i lęk przed przytęciem. Aby zmniejszyc to ryzyko, korzystne może byc edukowanie chorych na temat mozliwosci leczenia hipoglikemii przez spozywanie kontrolowanych porcji, np. zeli lub tabletek zawierajacych glukoze, co moze sie wiazac z mniejszym ryzykiem przejadania sie lub wykorzystywania tych produktow podczas epizodow objadania sie.

Wraz z uplywem czasu i ustępowaniem objawow mozna przeformulowac cele terapeutyczne w kierunku przyjmowania wiekszych dawek insuliny, zwiększenia ilosci spozywanych pokarmow, wiekszej elastycznosci przy planowaniu posiolkow, wiekszej regularnoscii codziennych zwyczajow związananych z jedzeniem i częstszego monitorowania stęzenia glukozy we krwi. Częste analizowanie wahań stężeń glukozy we krwi przez czlonkow zespołu zajmujacego sie leczeniem cukrzycy i dostosowywanie dawek lekow do zmieniajacego sie zapotrzebowania na insuline moze pomoc w ograniczeniu problemow związananych z nawracajaca hipoglikemią i zmniejszyc ryzyko niepotrzebnego przyrostu masy ciała. Taki styl częstego komunikowania sie między czlonkami zespołu i aktywne wspieranie chorego moze rowniez pomoc w ustaleniu i wzmooczeniu realnych oczekiwań dotyczacych poprawy stężeń glukozy we krwi.

Hiperglikemia. Przewlekla hiperglikemia związana jest z poczuciem zmęczenia, zaburzeniami snu i apetytu, obnizonym na-

strojem i drażliwoscia. De Groot i wsp.⁹ opisuja występowanie silnej zalezności między podwyższonymi wartościami hemoglobiny A_{1c} (świadczącymi o hiperglikemii) a depresją, jednak charakter tej zalezności pozostaje niejasny. Innymi słowy, nie wiadomo czy hiperglikemia jest przyczyna obnizenia nastroju, czy tez jest wtorna do depresji i towarzyszącej jej mniejszej motywacji do samodzielnego leczenia cukrzycy. Lustman i wsp.¹⁰ zauwazyli, ze ta zalezność moze byc wzajemna: hiperglikemia jest wywoływana przez depresję i niezaleznie przyczynia sie do nasilenia objawow depresji. Wydaje sie, ze dotyczy to kobiet chorych na cukrzycę z zaburzeniami odzywiania.

U chorych często ograniczajacych dawki przyjmowanej insuliny obnizenie energii i nastroju towarzyszące hiperglikemii moze sie przyczyniac do gorszego dbania o siebie, obawy przed przytęciem i braku nadziei, ze stan zdrowia i samopoczucie kiedykolwiek sie poprawia. Objawy depresji musza byc leczone za pomoca lekow i psychoterapii. Poprawę kontroli glikemii mozna rowniez uzyskac przez zwiększenie świadomosci chorych dotyczacej jej niezaleznego wplywu na poprawę nastroju i energii.

Podsumowanie

Skuteczne ambulatoryjne leczenie ED-DMT1 w idealnych warunkach powinno odbywac sie z udzialem wielospecjalistycznego zespołu, co jest uznawane za standard opieki w zaburzeniach odzywiania sie i cukrzycy.¹⁻³ Takie zlozone i wyczerpujace programy terapeutyczne nie zawsze jednak sa dostępane. Wazne jest zatem, aby klinicyści zajmujacy sie tymi chorymi dysponowali wiedza na temat obydwu zaburzeń i rozumieli, w jaki sposob mogą wykorzystywac skuteczne strategie terapeutyczne dla kazdego z nich. Poniewaz czasami wydaje sie, ze cele i strategie leczenia zaburzeń odzywiania i cukrzycy sa sprzeczne i przeciwstawne, wazne, aby skutecznie omowic związane z tym problemy, koncentrujac sie poczatkowo na ustabilizowaniu stanu somatycznego pacjenta, a w dalszej kolejnosci skupiajac na swoistych problemach charakterystycznych dla zaburzeń odzywiania sie i stopniowo dzajac do optymalnego leczenia cukrzycy.

Diabetes Spectrum, Vol. 22, No. 3, 2009, p. 147. Outpatient Management of Eating Disorders in Type 1 Diabetes.

Piśmiennictwo

1 American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

4th Ed. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 2000

2 Mitchell J, Pomeroy C, Adson D: Managing medical complications. In Handbook for Treatment of Eating Disorders. Garner D, Garfinkel P, Eds. New York, Guilford Press, 1997, p. 383-393

3 American Diabetes Association: Standards of medical care in diabetes—2009. Diabetes Care 32 (Suppl. 1):S13-S61, 2009

4 Mensing C, Boucher J, Cypress M, Weinger K, Mulcahy K, Barta P, Hoseney G, Kopher W, Lasichak A, Lamb B, Mangan M, Norman J, Tanja J, Yauk L, Wisdom K, Adams C: National standards for diabetes self-management education. Diabetes Care 30 (Suppl. 1):S96-S103, 2007

5 Garner D, Garfinkel P (eds.): Handbook for Treatment of Eating Disorders. New York, Guilford Press, 1997

6 Striegel-Moore R: Etiology of binge eating: a developmental perspective. In Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment. Fairburn C, Wilson G, Eds. New York, Guilford Press, 1993, p. 144-172

7 Polivy J, Herman CP: Dieting and bingeing: a causal analysis. Am Psychol 40:193-201, 1985

8 Nitzke S, Freeland-Graves J: Position of the American Dietetic Association: total diet approach to communicating food and nutrition information. J Am Diet Assoc 107:1224-1232, 2007

9 de Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ: Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. Psychosom Med 63:619-630, 2001

10 Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, de Groot M, Carney RM, Clouse RE: Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. Diabetes Care 23:934-942, 2000

Goebel-Fabbri, PhD, jest psychologiem w Joslin Diabetes Center, Behavioral and Mental Health Unit i instruktorką w Harvard Medical School w Bostonie, Mass.

David Nadine Uptinger, MS, MHA, RD, CDE, BC-ADM, LDN, jest dyrektorką w Gutman Diabetes Institute w Filadelfii, Pa.

Stephanie Gerken, MS, RD, LD, CDE, jest kierownikiem programowym dzialu uslug dla pacjentow w International Diabetes Center w Park Nicollet w Minneapolis, Minn.

Deborah Mangham, MD, jest zastępcą dyrektora medycznego w Melrose Institute w Park Nicollet w Minneapolis, Minn. Amy Criego, MD, MS, jest pediatrą endokrynologiem w Pediatric Endocrinology Department w Park Nicollet/International Diabetes Center in Minneapolis, Minn.

Scott Crow, MD, jest profesorem psychiatrii w Univeristy of Minnesota w Minneapolis.

Ann E. Kendall, MD jest kierownikiem dzialu uslug klinicznych i dyrektorem medycznym w International Diabetes Center w Park Nicollet w Minneapolis, Minn.

Christopher Parkin, MS, jest prezesem CGParkin Communications, Inc. w Carmel, Ind.