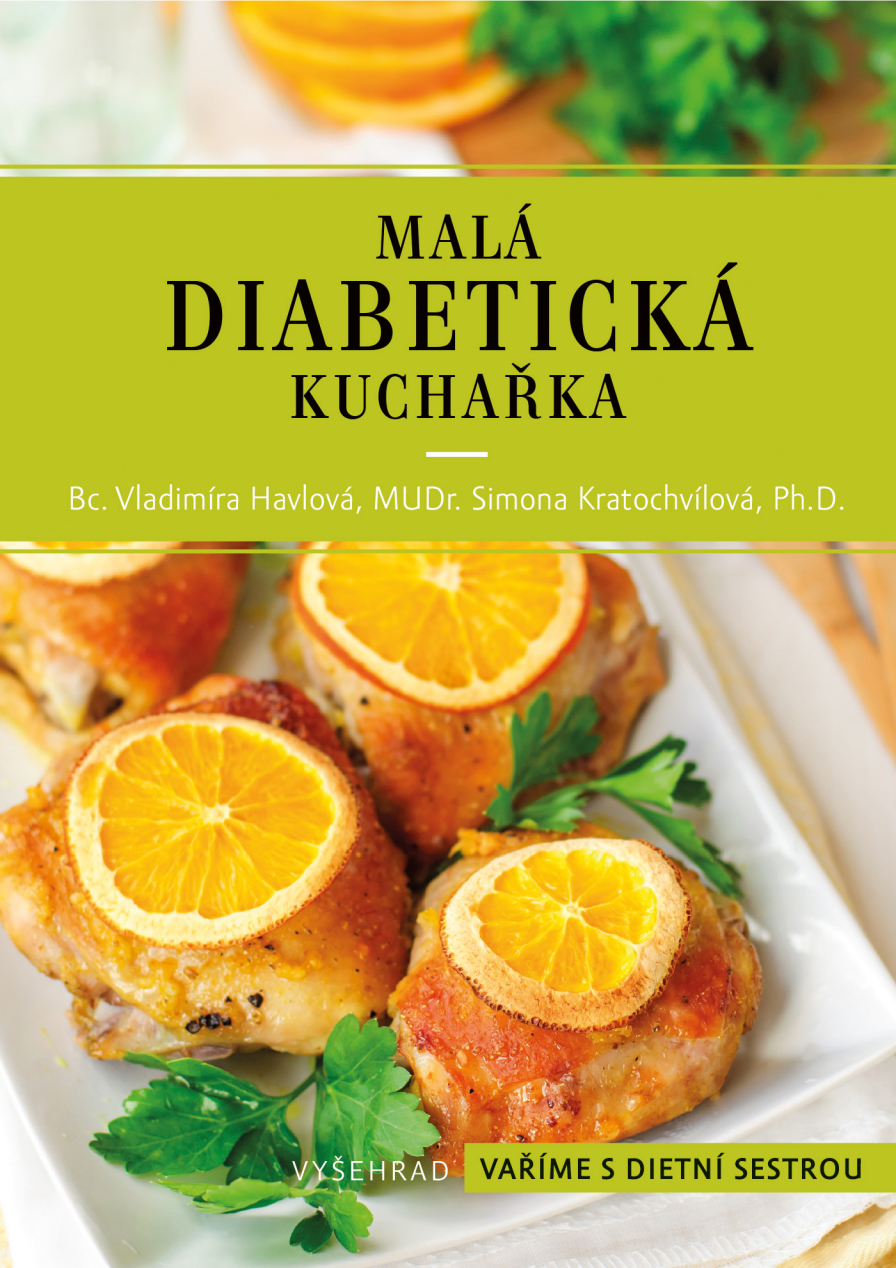
MALÁ DIABETICKÁ KUCHAŘKA

Bc. Vladimíra Havlová, MUDr. Simona Kratochvílová, Ph.D.



VYŠEHRAD

VAŘÍME S DIETNÍ SESTROU

Malá diabetická kuchařka

Vyšlo také v tištěné verzi

Objednat můžete na
www.ivysehrad.cz
www.albatrosmedia.cz

Bc. Vladimíra Havlová, MUDr. Simona Kratochvílová, Ph.D

Malá diabetická kuchařka – e-kniha
Copyright © Albatros Media a. s., 2019

Všechna práva vyhrazena.
Žádná část této publikace nesmí být rozšiřována
bez písemného souhlasu majitelů práv.

ALBATROS MEDIA a.s.



VAŘÍME S DIETNÍ SESTROU

MALÁ DIABETICKÁ KUCHAŘKA

Bc. Vladimíra Havlová, MUDr. Simona Kratochvílová, Ph.D.

VYŠEHRAD

© Bc. Vladimíra Havlová, MUDr. Simona Kratochvílová, Ph.D., 2019

ISBN tištěné verze 978-80-7601-158-8
ISBN e-knihy 978-80-7601-168-7 (1. zveřejnění, 2019)

OBSAH

Jak to je s diabetem a dietou 13
Strava a glykémie 21
Sacharidy v potravinách 22
Jak vybírat potraviny při redukci hmotnosti 23
Potřebujete poradit? 24
Výběr potravin při diabetu 25
Technologická úprava pokrmů 27
O receptech 28

POLÉVKY

Koprová polévka 33
Fazolová polévka 34
Hovězí polévka s rýží 35
Dýňová polévka 36
Květáková polévka 37
Rybí polévka 38
Pórková polévka 39
Zeleninová polévka 40
Čočková polévka 41
Zelná polévka 42

HOVĚZÍ MASO

Hovězí guláš na paprikách 43
Hovězí na kmíně 44
Hovězí na houbách 45
Plněné roštěnky 46
Hovězí závitky 47
Hovězí maso s hlávkovým zelím 48
Hovězí maso se zeleninou 49

VEPŘOVÉ MASO

Vepřová panenka s cibulkovou omáčkou 51
Vepřové kotlety v alobalu 52
Vepřová kotleta se zeleninou 53
Vepřové nudličky na pepři 54
Vepřové s jablky 55
Vepřová pečeně s jablky 56
Vepřový plátek s křenem v alobalu 57
Vepřový plátek plněný šunkou a vejcem 58
Vepřové maso s růžičkovou kapustou 59

DRŮBEŽÍ MASO

Kuřecí špalíčky na pomerančích 61
Kuře na houbách 62
Kuře na leču 63
Kuře na česneku 64
Kuře na pórku 65
Kuře s bramborami v alobalu 66
Kuře v alobalu 67
Kuře v zelí 68
Krůtí rolka s kozím sýrem 69
Krůtí maso s rýží 70
Krůtí prsa s fenyklem 71

MLETÉ MASO

Masové kuličky 73
Masové kuličky v kapustě 74
Masové kuličky v leču 75
Karbanátek se sýrem 76
Klopsy s rajčatovou omáčkou 77
Masová haše 78
Zapečené mleté maso v cuketě 79
Plněné papriky mletým masem 80

RYBY

Pečený pstruh ... 81
Pstruh na víně ... 82
Kapr v alobalu ... 83
Kapr v cibuli ... 84
Moravský kapr ... 85
Treska zapečená se sýrem ... 86
Karbanátky z rybích filet ... 87
Losos s pórkem ... 88
Losos s česnekovou omáčkou ... 89

TĚSTOVINY

Špagety s houbovou omáčkou ... 91
Makaróny se špenátem ... 92
Těstoviny s máslovou dýní ... 93
Těstoviny se zelím a vepřovými nudličkami ... 94
Těstovinový salát ... 95
Zapečené nudle se žampiony ... 96

RÝŽE A OBILOVINY

Rýže s houbami ... 97
Rýže s červenými fazolemi ... 98
Rýže kari se zeleninou ... 99
Rýže s fazolkami a kuřecím masem ... 100
Rýže s kuřecím masem a mandlemi ... 101
Zapečená rýže ... 102
Jáhly s houbami a rajčaty ... 103
Pohanka s houbami a sušenými rajčaty ... 104

ZELENINA A LUŠTĚNINY

Kapusta s klobásou ... 105
Čočka v pikantní omáčce ... 106
Čočka nakyselo s vejcem ... 107

Brokolice se sýrovou omáčkou ... 108
Brambory zapečené s uzeným masem ... 109
Cukety s česnekovou omáčkou ... 110
Fazole na paprice ... 111
Květákový nákyp ... 112
Cizrna na kari s paprikami ... 113

SALÁTY

Okurkový salát s jogurtem a koprem ... 115
Okurkový salát s Cottage ... 116
Kedlubnový salát s mrkví ... 117
Kysané zelí s křenem ... 118
Ledový salát s kapiemi ... 119
Mrkvovo-celerový salát ... 120
Mrkvový salát s ořechy a modrým sýrem ... 121
Salát z červené řepy ... 122
Salát z ředkve s feferonkou ... 123
Rajčatový salát s tofu ... 124
Zeleninový salát ... 125

POMAZÁNKY

Tuňáková pomazánka ... 127
Celerová pomazánka ... 128
Avokádová pomazánka ... 129
Vaječná pomazánka s tvarohem ... 130
Fazolová pomazánka ... 131
Tvarohová pikantní pomazánka ... 132

MOUČNÍKY

Koláč s borůvkami ... 133
Ořechová bábovka ... 134
Grapefruit s tvarohem ... 135
Nepečený dort s jahodami ... 136

Višňový závin s mákem 137
„Zmrzlina“ jahodová 138
Tvarohová zmrzlina 139

Použitá literatura 141

JAK TO JE S DIABETEM A DIETOU

Cukrovka (odborně diabetes mellitus) je onemocnění charakterizované zvýšenou hladinou cukru (glukózy) v krvi s jeho následným zvýšeným vylučováním močí. Glukóza je jednoduchý cukr a její koncentrace v krvi (glykémie) se u zdravého člověka pohybuje mezi 3,6–5,6 mmol/l. Jedná se o látku, která je zapojená v mnoha metabolických procesech v lidském těle a její zpracování představuje pro tělo nejrychlejší zdroj energie. Některé buňky v těle (například v mozkové tkáni) ani jiné zdroje energie běžně zpracovávat neumí a dostatek glukózy je pro ně životně důležitý. Bez glukózy nemůžeme existovat, ale problém nastává, pokud jí máme v krvi moc. Většina buněk v lidském těle vyžaduje pro zpracování glukózy inzulín. Tento hormon je vyráběný ve slinivce břišní, a pokud v těle chybí nebo špatně funguje, glukóza se nemůže dostávat do buněk a hromadí se v krvi. Při překročení určité hladiny nalačno (7 mmol/l) nebo náhodně kdykoliv během dne (11 mmol/l) již mluvíme o onemocnění cukrovkou. Bez rizika ale nejsou ani hraniční hodnoty (glykémie nalačno 5,6–7 mmol/l nebo náhodně během dne 7,8 –11 mmol/l), které již po lékařském vyšetření bývají klasifikovány jako prediabetes a také vyžadují další sledování.

V České republice žije v roce 2018 již skoro milión osob se známou diagnózou cukrovky a ještě řada diabetiků, nebo osob s prediabetem o své nemoci zatím ještě neví. Zhruba 7 % pacientů s cukrovkou má diabetes 1. typu, kdy ve slinivce přestávají fungovat buňky produkující inzulín a člověk se stává zcela závislým na jeho podávání ve formě

injekcí. Diabetes 1. typu vzniká často v dětství nebo mládí a dosud nevíme, jak jeho vzniku předejít.

Naprostá většina diabetiků ale trpí cukrovkou 2. typu. Jedná se o civilizační onemocnění, jehož vznik je spojen se špatným životním stylem – nezdravým stravováním, sedavým způsobem života a nadměrným stresem. Změna životního stylu patří k základním léčebným opatřením a v časných případech může vést až k úplnému vyléčení. Přesto je meziroční nárůst počtu pacientů obrovský – za posledních pětadvacet let se počet diabetiků 2. typu v České republice zdvojnásobil. Jedná se o typické onemocnění spojené se stářím, kdy mezi seniory postihuje až třetinu populace. Dnes je ale cukrovka 2. typu bohužel již běžně diagnostikována i ve středním věku a nikoliv výjimečně i u obézních adolescentů. Podstata onemocnění je úplně jiná než u cukrovky 1. typu. V prvních fázích onemocnění mají pacienti s diabetem 2. typu inzulínu dostatek a problémem je, že buňky na něj špatně reagují, jsou takzvaně rezistentní k jeho účinku. Lidské tělo se snaží nedostatečný účinek inzulínu vyřešit a u většiny pacientů se mu to po mnoho let daří dosáhnout tím, že ve slinivce zvýší tvorbu inzulínu. Po určité době ale již ani zvýšená produkce nestačí, glukóza se nedostává do buněk tak, jak by měla, začne se hromadit v krvi a následně diagnostikujeme cukrovku.

Inzulínová rezistence, která stojí na počátku onemocnění, se většinou rozvíjí na základě genetického podkladu, ale jak již bylo výše řečeno, je prohlubována nezdravým životním stylem a klinicky se začne projevovat většinou ve chvíli, kdy se u pacienta objeví nadváha nebo přímo obezita. Látky, které jsou zmnoženými tukovými buňkami produkovány, narušují v těle řadu metabolických pochodů a mezi jinými i správnou funkci inzulínu. Tukové buňky se při obezitě ukládají i do orgánů, kam nepatří, a přímo tak poškozují jejich správné fungování. Z metabolického pohledu je nejrizikovější ukládání tukové tkáně v oblasti břicha.

Abychom alespoň částečně pochopili, proč zrovna dnešní doba přináší tak vysoký výskyt inzulínové rezistence, je třeba si uvědomit, že jsme potomky lidí, kteří v průběhu svého života běžně zažívali období hladu a museli tomu přizpůsobit svůj metabolismus. Kdo si

uměl vytvořit zásoby energie na horší časy, přežil a zanechal po sobě potomky. My jsme po našich hladovějících předcích zdědili genovou výbavu, která umí velmi dobře tvořit tukové zásoby a přežít nedostatek, ale je naprosto nevhodná pro dnešní dobu, kdy prakticky na každém kroku čelíme obrovské nabídce vysoce energeticky bohaté potravy. Současný přetechnizovaný svět navíc zbavuje člověka i nutnosti vyvíjet větší fyzickou aktivitu a výsledkem je rozvoj epidemie obezity.

Jak už bylo výše zmíněno, o zvýšené hladině cukru řada pacientů mnoho let ani neví, protože mírně zvýšená hladina cukru nebolí a pokud nepřesáhne nějakou výraznější hladinu, ani nevyvolává žádné příznaky. Neznamená to ale, že není nebezpečná. Nadbytek cukru se ukládá v řadě tkání, zejména ve stěnách drobných cév, poškozuje je a v delším časovém horizontu vede k rozvoji závažných pozdních komplikací cukrovky. Také se prokázalo, že zvýšená hladina cukru představuje jasný rizikový faktor aterosklerotických komplikací, jako jsou srdeční infarkty nebo mozkové mrtvice. Udržovat hladinu krevního cukru co nejbližší normě je tedy klíčové pro co nejdelší plnohodnotný život.

Jak toho ale docílit? V dnešní době máme kromě inzulínu k dispozici řadu moderních léčiv, která umějí snižovat glykémii, ale je třeba si uvědomit, že naprostá většina cukru v krevním řečišti pochází z potravy. Rozhodnutím, co a kdy budeme jíst, můžeme proto hladinu cukru v krvi zásadně ovlivnit.

Vhodné složení jídelníčku by měl každý pacient individuálně zkonzultovat se svým lékařem nebo nutričním terapeutem. Vyvážená strava by měla lidskému tělu poskytovat dostatek energie a všechny základní složky pro plnohodnotné fungování – bílkoviny, sacharidy (cukry a škroby), tuky, vitamíny, stopové prvky, vlákninu a vodu. Názory na optimální dietní léčbu diabetu se v posledních desetiletích mnohokrát měnily, nicméně stále platí, že s pomocí správně sestaveného jídelníčku by měly být dosaženy dva základní cíle – optimální tělesná hmotnost a hladina cukru po jídle co nejbližší zdravému člověku.

Pro naprostou většinu osob s diabetem 2. typu a nadváhou nebo obezitou je redukce hmotnosti klíčová a jak už bylo řečeno, dosažení

optimální tělesné váhy může u řady osob obzvláště v počátečních fázích nemoci vést k úplnému vyléčení. Jak ale dosáhnout redukce hmotnosti? Rovnice je jednoduchá – výdej energie musí být větší než její příjem. Na straně výdeje stojí pohybová aktivita a na straně příjmu všechny potraviny, které za den sníme. Pokud chceme začít opravdu efektivně snižovat svoji tělesnou hmotnost, je dobré začít analýzou současného stavu – jídelníčku i pohybové aktivity. Pacientům doporučujeme po dobu jednoho týdne zapisovat úplně všechny potraviny, které snědí (včetně nápojů i drobného přikusování a ochutnávání) a záznam rozebrat ve spolupráci s nutričním terapeutem, který vyhodnotí celkový obsah kalorií, sacharidů, poměr jednotlivých živin i obsah kvalitních bílkovin.

Nutriční terapeut ve spolupráci s lékařem následně může sestavit jídelníček ušitý na míru pro každého konkrétního pacienta. Málokdo dokáže ze dne na den zásadním způsobem změnit svoje stravovací návyky, takže je v prvních fázích dobré hledat zdravější varianty doposud konzumovaných jídel a upravovat jejich množství. Od samého počátku je ovšem nutné znát potraviny, jejichž konzumace přináší pouze zdravotní rizika (například různé komerčně vyráběné sladkosti, chipsy…), a jejich požívání omezit na minimum.

Pro naprostou většinu pacientů nejsou vhodné velmi přísné redukční diety. Při velmi přísné dietě s nedostatečným přísunem sacharidů (pod 130 g/den) se vyčerpají tělesné zásoby cukru ve formě jaterního glykogenu a játra jsou nucena začít vyrábět glukózu z jiných zdrojů, mimo jiné ze svalových bílkovin. Výsledkem neodborně vedené redukční diety může být velká ztráta svalové hmoty. Každá dieta by měla být doprovázena zvýšením pohybové aktivity, aby k nežádoucí ztrátě svalů nedocházelo. Dlouhodoběji aplikovaná přísná redukční dieta vede i k útlumu bazálního metabolismu, jinými slovy, tělo se přenastaví do úsporného režimu a k očekávanému poklesu váhy nedochází. Po uvolnění diety dochází často k takzvanému jo-jo efektu – váha rychle stoupá a může překročit i vstupní hodnotu. Tělo se totiž dalšího období hladovění bojí a připravuje si znovu tukové zásoby. Ve vybraných případech, u pacien-

tů s velmi těžkou obezitou, je možné zahájit intenzivní redukční dietu, ale pod dohledem lékaře a v některých případech i za hospitalizace.

A jak dosáhnout co nejlepší glykémie po jídle? Abychom si uměli vybrat co nejvhodnější potraviny, je dobré vědět, jakým způsobem jsou v těle sacharidy tráveny. Po zpracování jídla v ústní dutině a žaludku se potrava dostává do tenkého střeva, kde je štěpena na jednotlivé složky, které jsou vstřebávány a dostávají se do krve. Jednoduché molekuly glukózy (například hroznový cukr) není třeba štěpit, vstřebávají se ihned a zvyšují tak glykémii rychle. Jen o něco málo pomaleji se štěpí a vstřebávají takzvané disacharidy (sacharóza, laktóza, maltóza) obsažené v řepném cukru, mléčných výrobcích a sladovém cukru. Nejpomaleji se vstřebává cukr ze složených sacharidů (škroby), protože před vstřebáním je nutné rozštěpit dlouhé řetězce molekul. Složení a množství potravy má tedy na naši hodnotu glykémie naprosto zásadní vliv. Pokud chceme dosáhnout po jídle co nejmenších vzestupů glykémie, největší procento z přijímaných sacharidů by měly tvořit sacharidy složené, tedy škroby. I v rámci složených sacharidů je ale třeba rozlišovat – k většímu a rychlejšímu vzestupu glykémie povede například konzumace potravin z bílé mouky, k menšímu celozrnné výrobky nebo luštěniny.

Na rychlost vzestupu glykémie má vliv i způsob tepelné úpravy potravin a komplexně je vše zohledněno takzvaným glykemickým indexem. Čím vyšší glykemický index potravina má, tím rychleji po ní stoupá glykémie a její konzumace ve větším množství je tedy nevhodná. Naopak po potravinách s nízkým glykemickým indexem dochází spíše k pomalému a déletrvajícímu vzestupu glykémie a tento typ jídel nás tedy i zasytí na delší dobu. Na vzestup glykémie po jídle má vliv i řada individuálních faktorů, jako je například rychlost vyprazdňování žaludku, a proto je dobré si jednotlivé potraviny otestovat měřením glykémie před jídlem a dvě hodiny po jídle a vybírat si ke konzumaci samozřejmě ty, po kterých je vzestup co nejmenší.

Diabetická dieta ale není jen o kaloriích a sacharidech. Správně zvolenou stravou bychom měli dosáhnout i co nejlepších hodnot krevních

tuků a prevence vysokého krevního tlaku. Česká diabetologická společnost vypracovala komplexní doporučení pro dietní léčbu pacientů s diabetem, která všechny tyto aspekty zohledňuje. Energetický příjem by měl být u diabetiků pokrytý ze 44–60 % sacharidy a to preferenčně sacharidy s nízkým glykemickým indexem bohatými na vlákninu (např. celozrnné potraviny, luštěniny). Volné (neboli rychlé) sacharidy by měly tvořit maximálně 10 % energetické potřeby (méně než 50 g za den) a to pouze při dobré kompenzaci diabetu. Bílkoviny by měly při dobré funkci ledvin tvořit 10–20 % energetického příjmu (0,8–1,5 g/kg hmotnosti). Při snížené funkci ledvin jsou nutné individuální úpravy. Tuky by měly pokrýt méně než 35 % celkové denní energetické potřeby. Preferovány jsou monoenové mastné kyseliny (10–20 % energetického příjmu, např. v olivovém oleji), polyenové mastné kyseliny (např. ryby, ořechy) by měly tvořit do 10 % energetického příjmu. Nasycené mastné kyseliny (obsažené v živočišných potravinách s vysokým obsahem tuku) by měly tvořit maximálně 7 % přijaté energie a takzvané trans nenasycené mastné kyseliny (vznikají hydrogenací při ztužování tuku, obsaženy v některých komerčních výrobcích) by se měly na denním příjmu podílet méně než 1 %. Denní příjem cholesterolu by měl být nižší než 300 mg. Maximální denní doporučená dávka soli je 6 g. Strava by měla obsahovat vysoký podíl vlákniny, která jednak upravuje funkci střev, ale hlavně vyšší obsah vlákniny také zpomaluje vstřebávání sacharidů. Vláknina je obsažena hlavně v zelenině, ovoci, celozrnných výrobcích a luštěninách. Doporučený denní příjem ovoce a zeleniny je 600 g (nebo 5 porcí), z čehož by větší podíl měla tvořit zelenina. Ovoce je možné konzumovat v závislosti na aktuální glykémii.

Obecně by strava měla být pestrá, co nejčerstvější a s co nejmenším podílem konzervantů. Je dobré naučit se rozumět etiketám na kupovaných výrobcích a vybírat při nákupu potraviny vhodného složení. Přípravky s označením „dia“ v řadě případů obsahují zvýšené množství tuků a energie. Důležitý je i správný pitný režim – denní potřeba tekutin je u dospělého člověka kolem 1,5–2 l. Pro diabetiky je optimální příjem nápojů neslazených (voda, minerálky, ovocné čaje), pokud vyžadují sladkou chuť osladit nízkoenergetickými sladidly. Pozitivní efekty ma-

lého množství alkoholu nejsou jednoznačně prokázány a vždy je třeba počítat s kalorickým obsahem konzumovaných alkoholických nápojů.

Dlouhé roky bylo diabetikům 2. typu doporučováno jíst 6 × denně a konzumovat i takzvané druhé večeře. Názory na tuto otázku se v poslední době mění a naopak se ukazuje, že mezi jídly je velmi důležité dosáhnout normální glykémie, takže se doporučuje jíst méně často a dodržovat cca 4 hodinové přestávky mezi jídly, aby se glykémie dostala zpět do normy. Jíst 6 × denně v malých porcích se doporučuje jen osobám, které by bez svačin měly před dalším jídlem neadekvátně nízkou hladinu krevního cukru nebo velký hlad, který by následně vedl k nadměrnému příjmu potravin. Druhá večeře pro naprostou většinu pacientů již není nutná a pouze vede ke zvýšenému příjmu kalorií. Pacienti léčení inzulínem by měli nutnost svačin a druhé večeře zkonzultovat se svým lékařem a případně upravit dávkování inzulínu, tak aby je nemuseli zbytečně konzumovat.

U diabetiků 1. typu je klíčové sladit množství a složení sacharidů s podáváním inzulínu, tak aby nedošlo po jídle ani k velkému vzestupu glykémie a ani k poklesu do pásma hypoglykémie. Na trhu je k dispozici několik publikací, které učí diabetiky 1. typu odhadovat množství sacharidů a aplikovat k němu adekvátní dávku inzulínu.

Druhý klíčový bod k dosažení optimální léčby diabetu je pohybová aktivita. Je dobré realisticky zhodnotit svůj pohybový režim podobným způsobem, jakým jste analyzovali svůj jídelníček. Aby se rovnice příjem – výdej překlopila na tu správnou stranu, je nutné pohybovou aktivitu zvýšit, a to převážně směrem k vytrvalostní aerobní zátěži, při které se začínají spalovat tuky a která pozitivně ovlivňuje kardiovaskulární systém. Pokud nejste vůbec zvyklí se pohybovat, je dobré požádat o radu ohledně vhodné pohybové aktivity svého lékaře. Obecně je možno doporučit rychlou chůzi, kondiční běh, plavání nebo jízdu na kole a to alespoň 3 × týdně v trvání 30 minut, důležité ale je najít si takovou aktivitu, která vás bude bavit. Pohybová aktivita by měla být co nejvyšší i v běžném životě – je dobré naučit se chodit co nejvíce pěšky. Jako velmi vhodná motivační pomůcka může posloužit krokoměr. Při intenzivnější pohybové aktivitě je nutné pravidelně kontrolovat

hladinu krevního cukru, upravovat dávky léků nebo inzulínu a vědět, jak předejít nežádoucímu poklesu glykémie (hypoglykémii). V mnoha městech jsou organizována cvičení pro diabetiky nebo obézní pacienty se zdravotnickým dohledem.

Úprava jídelníčku a zvýšení pohybové aktivity jsou dva základní kameny, které v léčbě diabetu 2. typu vedou prakticky vždy k úspěchu. Změnit sám sebe, změnit roky zaběhlé stereotypy chování, často čelit i nepochopení okolí může ale být opravdu těžké a proto každý, kdo chce dosáhnout trvalých výsledků, ocení i psychologickou nebo psychoterapeutickou podporu. V dnešní náročné době se řada lidí naučila řešit stresové situace jídlem a sladkosti jsou vnímány jako odměna nebo dárek. Odborník může pomoci odhalit rizikové situace, které u konkrétního pacienta vedou k nadměrnému příjmu potravy a naučit se v nich jinak chovat. Vhodného psychologa nebo psychoterapeuta vám může doporučit váš diabetolog.

Jak tvrdil již filozof Sokratés, nežijeme proto, abychom jedli, ale jíme proto, abychom žili a já doufám, že při pochopení principu diabetické diety a aplikaci výše uvedených doporučení s pomocí naší kuchařky se i pro vaše tělo stane jídlo lékem a nikoliv zátěží.

MUDr. Simona Kratochvílová, PhD.

Použitá literatura: Česká diabetologická společnost: Doporučený postup dietní léčby pacientů s diabetem, online zdroj: http://www.diab.cz/dokumenty/standard_dietni_lecba.pdf

STRAVA A GLYKÉMIE

Sacharidové potraviny by měly být rozloženy v průběhu dne tak, aby vlastní nebo aplikovaný inzulín zvládl udržet optimální glykémie (hladinu cukru v krvi).

Jak bylo již uvedeno, je nutné **vliv stravy na glykémii kontrolovat pomocí měření hladiny cukru v krvi** glukometrem, tzv. selfmonitoringem. Měření se provádí před jídlem a 1 – 2 hod. po jídle. Pokud před jídlem zjistíte nežádoucí glykémii, můžete pomocí stravy nebo ostatní léčby hladiny glykémií upravit. Pravidelným měřením glykémie sami poznáte, které potraviny vám hladinu cukru zvedají rychle a které jsou pro vás výhodné. Jak často provádět měření je individuální. Poraďte se se svým lékařem.