

CHOROBY UKŁADU SERCOWO-NACZYNIOWEGO – CZYNNIKI RYZYKA

Profilaktyka chorób układu sercowo-naczyniowego jest skuteczna, czego dowodem jest zmniejszenie śmiertelności o 16%, jak dowodzą badania przeprowadzone w latach 2000–2004. Postępy w profilaktyce w połączeniu z lepszą opieką medyczną tłumaczą te wyniki, jednak – jak alarmuje prezes Francuskiej Federacji Kardiologii profesor Beaune [1], opierając się na badaniach przedstawionych w marcu 2010 roku: „Styl życia młodych ludzi może stać się wylegarnią chorób układu krążenia w przyszłości”. Konieczne jest zatem nauczenie pacjentów już od najmłodszych lat, jak zmniejszyć ryzyko zachorowania na schorzenia układu sercowo-naczyniowego. I nie powinno się to odbywać pod przymusem, ale za pomocą wdrożenia profilaktycznych nawyków: odpowiedniej diety, higienicznego trybu życia wraz ze zwiększeniem aktywności fizycznej.

Francuska Agencja ds. Bezpieczeństwa Żywności (AFSSAPS) następująco zdefiniowała osoby z wysokim ryzykiem wystąpienia chorób układu krążenia: „Pacjenci, u których do tej pory wystąpiła choroba wieńcowa (stabilna lub niestabilna dławica piersiowa, konieczność rewaskularyzacji, zawał mięśnia sercowego), pacjenci cierpiący na choroby układu krążenia (przebyty udar niedokrwieny mózgu, choroba tętnic obwodowych począwszy od drugiego stadium), pacjenci z cukrzycą typu II, bez wcześniejszych problemów naczyniowych, ale z wysokim ryzykiem wystąpienia chorób układu krążenia zdefiniowanych przez niewydolność nerek lub mający co najmniej dwa inne czynniki ryzyka”.

Prawidłowa dieta odgrywa kluczową rolę w profilaktyce chorób układu krążenia.

Zalecenia żywieniowe, które rekomendujemy, pokrywają się z zaleceniami dotyczącymi zespołu metabolicznego (zob. rozdział 58). Jeśli pacjenci prawidłowo stosowałiby się do nich, mogłoby to pomóc uratować życie wielu z nich oraz zmniejszyć obciążenie finansowe budżetu Ministerstwa Zdrowia, które rocznie wydaje około 13 mld euro na leczenie chorób układu krążenia.

ZALECENIE ŻYWIENIOWE

Pokrywa się ono z zaleceniami dotyczącymi zespołu metabolicznego (zob. rozdział 50). Niezbędne jest przekazanie pacjentom zrozumiałych i zwięzłych rad. Powinny być one regularnie przypominane w kontekście indywidualnego nauczania.

WSKAZÓWKI PRAKTYCZNE DLA PACJENTA

Wyjaśnienia praktyczne pokrywają się z wyjaśnieniami dotyczącymi zespołu metabolicznego (zob. rozdział 58).

ELEMENTY PATOFIZJOLOGII

Poza patofizjologią odnoszącą się do chorób układu krążenia należy podkreślić kilka aspektów żywieniowych.

■ Produkty o właściwościach kardioprotekcyjnych

W licznych badaniach próbowano określić wpływ żywności na ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia. Poziom dowodów na temat kardioprotekcyjnego działania żywności został przedstawiony niżej.

Tabela 1. Poziom dowodów na kardioprotekcyjne działanie żywności [3].

Żywność o działaniu kardioprotekcyjnym	Składniki bioaktywne	Rodzaj korzyści	Rodzaj dowodów	Poziom dowodów	Zalecana ilość
Czosnek	związki siarkoorganiczne	↓CC i LDL-c	badania kliniczne	słaby	600–900 mg/dz.
Sok z winogron i czerwone wino	resweratrol	↓agregacja płytek krwi	epidemiologia, badania <i>in vitro</i> i <i>in vivo</i>	między umiarkowanym a wysokim	160–320 g/dz.
Tłuste ryby	kwasy tłuszczowe n-3	↓TG, IM, nagłe zgonysercowe	badania kliniczne i epidemiologiczne	wysoki i bardzo wysoki	2 tłuste ryby/tydzień
Karczoch, sproszkowana cebula	fruktooligosacharydy	↓CC i CT	badania kliniczne	słaby	3–10 g/dz.

Tabela 1. Poziom dowodów na kardioprotekcyjne działanie żywności [1] (cd.).

Żywność o działaniu kardioprotekcyjnym	Składniki bioaktywne	Rodzaj korzyści	Rodzaj dowodów	Poziom dowodów	Wskazana dawka
Orzechy laskowe	kwasy tłuszczowe jednonienasycone, witamina E	↓ choroba wieńcowa	badania kliniczne	umiarkowany	25–56 g/dz.
Owies nieoczyszczony	β-glukan	↓CC i LDL-c	badania kliniczne	bardzo wysoki	3 g/dz.
Czarna herbata, zielona herbata	polifenole	↓ choroba wieńcowa	badania kliniczne	umiarkowany	niezdefiniowany
Soja	białko	↓CC i LDL-c	badania kliniczne	bardzo wysoki	25 g/dz.
Wzbogacone margaryny	sterole i stanole	↓CC i LDL-c	badania kliniczne	bardzo wysoki	sterole: 1,3 g/dz. stanole: 1,7 g/dz.
CC – cholesterol całkowity, TG – trójglicerydy, CT – ciśnienie tętnicze, IM – <i>infarctus myocardi</i> – zawał mięśnia sercowego.					

Wiele badań wykazało, że niskie stężenie witaminy D we krwi związane jest z kilkoma czynnikami ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia [2], zwłaszcza u kobiet i osób po 60 roku życia.

Witamina D jest rozpuszczalna w tłuszczach i można ją znaleźć w jajkach, maśle, pełnotłustych produktach mlecznych. Produktów tych nie należy jednak spożywać w nadmiernych ilościach, biorąc pod uwagę wysoką zawartość cholesterolu oraz nasyconych kwasów tłuszczowych. Konieczność suplementacji należy określić i oszacować indywidualnie na podstawie wyników badania krwi.

W przypadku soi, która pojawia się w tej tabeli, nie należy zapominać, że ma ona substancje zaburzające gospodarkę hormonalną. Dlatego osoby rasy białej powinny ograniczyć jej spożycie (ich flora bakteryjna jest odmienna od występującej u Azjatów), ponadto poziom izoflawonów nie jest wskazywany na etykietach produktów, które je zawierają, dlatego należy zachować ostrożność przy ich spożywaniu.

■ **Oczywiste znaczenie diety śródziemnomorskiej**

Dieta DASH, początkowo zalecana w przypadku nadciśnienia tętniczego (zob. rozdział 32) i później także pacjentom z zespołem metabolicznym (zob. rozdział 58) jest podobna do diety śródziemnomorskiej. Jej korzystne właściwości wynikają z zawartości:

- błonnika roślinnego rozpuszczalnego i nierozpuszczalnego, obecnego w owocach i warzywach, które ograniczają wchłanianie tłuszczów nasyconych i węglowodanów o wysokim indeksie glikemicznym;
- przeciwutleniaczy (witaminy C i E, polifenole); fitosteroli, które występują również w owocach, warzywach oraz oliwie z oliwek (witamina E, polifenole);
- folianów lub witaminy B₉ zawartych w owocach i warzywach, pozwalających walczyć z hiperhomocysteinemią;
- kwasów tłuszczowych omega 3 pochodzących z ryb (sardynek, makreli), ale również z portulaki (dieta kreteńska), oddziałujących korzystnie na czynność śródbłonka czy stężenie trójglicerydów.

Dieta o umiarkowanej kaloryczności przygotowana na podstawie wytycznych diety śródziemnomorskiej ogranicza odkładanie tkanki tłuszczowej wisceralnej (brzuszej). Tkanka ta działa jak prawdziwy gruczoł wydzielania wewnętrznego, o udowodnionym niekorzystnym wpływie na organizm (zob. rozdział 58).

Odżywianie i styl życia zajmują główne miejsce w zapobieganiu chorobom układu krążenia. Żywność przetworzona przemysłowo, taka jaką poznaliśmy przez ostatnie dziesięciolecia, sprzyja rozwojowi tego rodzaju schorzeń. Uświadomienie szkodliwości żywności przetworzonej przez praktykujących lekarzy oraz konsumentów pozwoliło wyrzucić presję na producentów żywności. Większość z producentów obecnie stara się poprawić jakość oferowanych produktów, jednak mimo to należałoby na poziomie legislacyjnym określić pewne normy, by zapewnić odpowiednią ochronę konsumentów.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Beaune J. Certains jeunes cumulent les habitudes de vie néfastes pour le coeur. *Actualité Innovation Médicale* 2010; n° 145-mars-avril.
- [2] Martins D, et al. Prevalence of cardiovascular risk factors and the serum levels of 25-hydroxyvitamin D in the United States: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Intern Med* 2007; 167: 1159–65.
- [3] Sleg G. La place des aliments cardioprotecteurs. *Impact Médecin* 2006; n° 155.