

Spadek umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego to efekt nie tylko korzystnych zmian w nawykach żywieniowych

dr n. med. Tomasz Zdrojewski

Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Akademia Medyczna, Gdańsk



Artykuł dotyczy bardzo ważnych, rzadko poruszanych w polskim piśmiennictwie problemów związku między żywieniem a umieralnością z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego. Wydaje się, że problem ten jest ciągle niedoceniany również w środowiskach zajmujących się w naszym kraju problematyką zdrowia. Tymczasem podstawowe publikacje naukowe i znane w Europie fakty pochodzące z badań epidemiologicznych i interwencyjnych już z lat 70. ubiegłego wieku, np. z programu realizowanego w Północnej Karelii w Finlandii, wyraźnie wskazują na podstawowe znaczenie zmian żywieniowych dla umieralności z powodu chorób serca i naczyń w całej populacji. Już w programie *Seven Countries Studies* wykazano silną korelację między spożyciem nasyconych kwasów tłuszczowych a zgonami na chorobę niedokrwienną serca w ciągu 10 lat. Później wieloletnie interwencje i obserwacje prowadzone pod nadzorem prof. P. Puski w Finlandii wykazały, że istotna redukcja spożycia masła przy wzroście spożycia tłuszczów roślinnych może zdecydowanie wpłynąć na spadek umieralności. Dlatego w dobie niezwykłego rozwoju i fascynacji procedurami wysokospecjalistycznymi i programami lekowymi, np. w kardiologii interwencyjnej, nie możemy zapominać, jak ważne są podstawowe elementy stylu życia i żywienia. Bez nowoczesnych i efektywnych działań w tym zakresie w każdym systemie ochrony zdrowia, nawet bogatego kraju, może nastąpić załamanie finansowania.

Sukces w walce z chorobami cywilizacyjnymi mogą zapewnić tylko właściwe działania edukacyjne i interwencje oparte na rzetelnej wiedzy pochodzącej z badań przekrojowych i obserwacyjnych. W przypadku badań przekrojowych mamy obecnie w Polsce nowoczesną wiedzę opartą na wynikach badania NATPOL PLUS, a w najbliższym czasie będą publikowane wyniki jeszcze większego badania – WOBASZ, które umożliwią dokładne analizy spożycia żywności, w tym na poziomie

regionalnym. Niestety, w dziedzinie dobrych metodycznych i wieloletnich obserwacji mamy w Polsce dużo do nadrobienia. Dlatego należą się słowa pochwały Redakcji *Kardiologii Polskiej* za to, że zechciała promować ten temat, a jeszcze większe dla autorów pracy, którzy zdecydowali się wykorzystać dorobek badania Pol-MONICA dla bardzo potrzebnych analiz w dziedzinie żywienia.

Celem pracy było porównanie zmian w żywieniu i umieralności z powodu chorób układu krążenia w latach 1984–2001 wśród mieszkańców prawobrzeżnej Warszawy na podstawie kolejnych edycji programu Pol-MONICA. Cel ten należy uznać za oryginalny. Zaletą badania jest fakt zastosowania do każdego z czterech badań przekrojowych, przeprowadzonych w latach 1984, 1988, 1993 oraz 2001, reprezentacyjnej metody doboru próby. Dużym walorem jest prawie 18-letni okres, w którym realizowano kolejne tury badania. W dodatku przypadł on na czas niepowtarzalnych zmian społeczno-ekonomicznych w Polsce, co spowodowało duże zmiany w żywieniu Polaków. Problem ten poruszał już w 1998 r. prof. W. Zatoński w artykule opublikowanym w *British Medical Journal* cytowanym przez autorów pracy. Zastosowane narzędzie (wywiad ze spożycia z ostatnich 24 godz.) było identyczne i standardowe, niemniej zwraca uwagę fakt, że grupa badana w 2001 r. była ponad 3-krotnie mniej liczna niż w wyjściowym roku 1984. Autorzy uczynili duże starania, by wyeliminować istotny problem metodyczny dla precyzyjnej interpretacji wyników, tzn. istotne zmiany artykułów spożywczych w kraju w analizowanym okresie. Dlatego w badaniu w 2001 r. wprowadzili uaktualnione tabele wartości odżywczych. W pracy wykazano, że pozytywne tendencje w sposobie żywienia mieszkańców obserwowanej dzielnicy Warszawy przyczyniły się do spadku umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego. Autorzy artykułu słusznie jako 2. ważny cel postawili analizę długości przesunięcia czasowego między zmianami w żywieniu a umieralnością. W odpowiednich analizach statystycznych wykazali, że najsilniejszy związek między tymi zjawiskami wystąpił po 7 latach.

Lokalny charakter badania (dzielnica Warszawy) nie umniejsza wartości pracy, ale z drugiej strony nie należy ekstrapolować uzyskanych wyników na populację ogólnopolską. Np. w badanej populacji w latach 1984–2001 nie zaobserwowano istotnych zmian w spożyciu owoców oraz warzyw. Z kolei z dostępnych analiz wynika, że w tym okresie w Polsce ponad 2-krotnie wzrosło spożycie owoców i warzyw. Najważniejsze zmiany w żywieniu w badanej populacji polegały na redukcji spożycia tłuszczów zwierzęcych o 50% i kilkukrotnym wzroście spożycia tłuszczów roślinnych.

Interpretując wyniki badania, należy też pamiętać, że zmiany umieralności z powodu chorób serca i naczyń mogą wynikać z kilku ważnych czynników. Trzeba do nich zaliczyć:

- styl życia (np. aktywność ruchowa);
- żywienie;
- rozpowszechnienie i kontrola głównych czynników ryzyka (palenie, nadciśnienie, dyslipidemia);
- dostęp i jakość procedur wysokospecjalistycznych;
- tzw. psychospołeczne czynniki ryzyka.

Autorzy wprowadzili do modelu statystycznego palenie i aktywność fizyczną, uniezależniając analizy od zmian w tym zakresie. Jednak w odniesieniu do pozostałych czynników nie było to możliwe. Nie uwzględniono więc zmian w kontroli czynników ryzyka, w tym nadciśnienia i hiperlipidemii, oraz dużej poprawy w dostępie do świadczeń wysokospecjalistycznych w kardiologii interwencyjnej notowanej od początku lat 90. W przyszłości, projektując tego typu prace, warto zatem w protokole badania uwzględnić kompleksową analizę zmian w sposobie żywienia w odniesieniu do wymienionych wyżej czynników, w tym psychospołecznych, którym przypisuje się coraz większą rolę w rozwoju zmian miażdżycowych.