

Kardiometabolički faktor rizika i mediteranska dijeta



# UZAK STRUK - ZDRAVO SRCE



Prof. dr. Petar Seferović,  
prof. dr. Dragan Micić |  
doc. dr. Vesna Dimitrijević-Srečković

Visceralna gojaznost, definisana obimom struka, jedan je od osnovnih kriterijuma za prepoznavanje kardiometaboličkog sindroma i glavni pokazatelj postojanja viška intraabdominalne masti, koja je dokazani kardiovaskularni faktor rizika. Ukoliko je taj rizik manji od deset odsto, nov terapijski pristup je da se korigovanje poremećaja koji čine metabolički sindrom prvo pokuša promenom načina ishrane i stila života

**D**a li je metabolički sindrom bolest ili tek grupa simptoma, deo kardiometaboličkog faktora rizika? Da li je bazična komponenta lečenja te bolesti (ili tog stanja), koja podrazumeva promenu načina ishrane i životnog stila, zaista kardioprotektivna?

Ovim pitanjima su se, na nedavnom stručnom seminaru u beogradskoj opštoj bolnici „Bel Medic“, organizovanom u saradnji sa farmaceutskom kompanijom „Hemofarm“, bavili troje naših vrsnih stručnjaka, endokrinolozi akademik prof. dr. Dragan Micić i doc. dr. Vesna Dimitrijević-Srečković, i prof. dr. Petar Seferović, kardiolog.

Jedan od patofizioloških mehanizama kojima, kako je podsetio akademik Micić, medicina pokušava da objasni globalnu epidemiju gojaznosti -

koju obično prate i dijabetes, hipertenzija i kardiovaskularna bolest - jeste takozvani metabolički sindrom. Prema najnovijoj definiciji, osnovni kriterijum za prepoznavanje metaboličkog sindroma je visceralna gojaznost, definisana obimom struka, uz još najmanje dva iz grupe poremećaja u koje spadaju povećani trigliceridi, redukovan HDL holesterol, povišeni krvni pritisak i povišena glikemija našte. Ove kriterijume postavila je grupa eksperata, ali se u naučnim krugovima i dalje postavlja pitanje: da li je metabolički sindrom bolest ili nije? Mnogi to negiraju, čak i sam tvorac ove teorije, Džordž Riven, koji je 1988. metabolički sindrom definisao kao klaster rizika, uzrokovanih insulinskom rezistencijom. Ispostavilo se,

takođe, da nova definicija više „odgovara“ kardiolozima, i otuda još jedna teorija - da metabolički sindrom, zapravo, uspostavlja vezu između endokrinologije i kardiologije i - nova, zajednička endokrinološko-kardiološka objašnjenja sindroma.

Prof. Micić ukazuje na činjenicu da se sa smanjenjem obima struka smanjuje i intraabdominalna mast, dokazani kardiovaskularni faktor rizika. Uz stres, kao novu komponentu patogeneze metaboličkog sindroma, i sniženu kardiopulmonarnu kondiciju, visceralna gojaznost generiše insulinsku rezistenciju. Taj poremećaj, sa svoje strane, kroz patofiziološke mehanizme sniženog preuzimanja glikoze i pojačanog dopremanja slobodnih masnih kiselina, dovodi do kliničkih ishoda tipa hipertenzije, dislipidemije, poremećaja endokrine funkcije i dijabetesa, što sve skupa povećava kardiovaskularni faktor rizika.

## Otkriće endokanabinoida

Novi medicinski termin je i takozvana metabolička prijemčivost, višestruko uslovljena - što genetski, što fizičkom neaktivnošću, što poremećajem na nivou mitohondrija, ali i starenjem, i polimorfizmom pojedinih receptora,

## MANJE KALORIJA I BRZI HOD

Za smanjenje telesne težine, doc. dr. Vesna Dimitrijević-Srečković predlaže individualno podešen jelovnik (određen prema polu, godinama, telesnoj težini i fizičkoj aktivnosti) redukovan za 500 kilokalorija, jer je to najbolji način za postepeno smanjivanje težine - dva do tri kilograma mesečno. Tako redukovana težina održaće se u dužem vremenskom periodu, a i takav način ishrane je dobro podnošljiv. Naravno, o redukciji telesne težine ne može se govoriti ako dijete ne prati redovna fizička aktivnost: savet pacijentima je hod brzinom od 5 km/h, pet dana u nedelji.

## VITAMIN K I KARDIOVASKULARNA BOLEST

Vitamin K povećava tendenciju zgrušavanja krvi pa kod pacijenata na antikoagulantnoj i antiagregacionoj terapiji treba ograničiti hranu bogatu tim vitaminom. Pacijenti koji uzimaju ovu terapiju treba da ograniče prokelj, karfiol, spanać, žumance ili džigericu, i treba da umereno konzumiraju hranu koja povećava antikoagulantne efekte (vitamin E, pšenične klice, semenke suncokreta, zrna soje).

prijemčivosti generiše multiple metaboličke faktore rizika koji dovode do pojave metaboličkog sindroma.

Objašnjenju patogeneze metaboličkog sindroma dr. Micić dodaje i otkriće endokanabinoidnog sistema, koji kontroliše unos hrane i neke periferne metaboličke procese. Kod gojaznih osoba, endokanabinoidi su previše aktivni, što na nivou centralnog nervnog sistema rezultira postepenim podizanjem praga, odnosno povećanjem unosa hrane; na nivou jetre, mišića i masnog tkiva, endokanabinoidni receptori kontrolišu sagorevanje masti i produkciju i preuzimanje glikoze u mišićnim ćelijama, te njihova hiperaktivnost pogoršava sve navedene procese. Ovo sugeriše da bi kontrola endokanabinoidnih receptora - za to postoje medikamenti, endokanabinoidni antagonisti - značajno doprinela smanjenju progresije metaboličkog sindroma.

Metabolički sindrom je, prema novom zajedničkom saopštenju Američkih udruženja za dijabetes i za bolesti srca, deo takozvanog kardiometaboličkog faktora rizika. Kao širi pojam, on uključuje sve komponente metaboličkog sindroma, odnosno tradicionalne faktore rizika (pušenje, pol, krvni pritisak, lipidni status, dijabetes tipa II) i takozvane nadolazeće faktore rizika (aterogena dislipidemija, insulinska rezistencija, abdominalna gojaznost, protrombotično stanje i stanje pojačane inflamacije). Prof. Micić podseća i na „fatalnu privlačnost“ između hipertenzije i dijabetesa (povišen krvni pritisak

i dijabetes su komorbiditeti u 20 do 60 odsto slučajeva), pri čemu istovremeni dijabetes i hipertenzija znače visok faktor rizika za pojavu akutnog infarkta miokarda. To se označava terminom „fatalna ugroženost bolesnika“ i zahteva pažljivu kontrolu krvnog pritiska kod osoba sa dijabetesom.

Ono što značajno doprinosi kardiometaboličkom faktoru rizika jeste abdominalna gojaznost koja pogoršava hipertenziju, dislipidemiju, dijabetes II, trombozu, uzrokuje pojavu nekkih karcinoma i pogoršava kardiovaskularna oboljenja. Razlog tome je, objašnjava prof. Micić, masna ćelija, kao endokrinološki izuzetno aktivna metabolička ćelija, koja proizvodi niz adipocitokina, a oni na razne načine učestvuju u svakom od oboljenja koja čine metabolički sindrom. Za razliku od osobe sa potkožnom gojaznošću, koja nije tako opasna, pacijent sa povećanom visceralnom gojaznošću ima takozvani oštećen metabolički profil i povećan kardiovaskularni faktor rizika.

Prof. dr. Petar Seferović ukazuje na povezanost endokrinologije i kardiologije. S ciljem da se pre svega deluje preventivno, on ističe neophodnost prepoznavanja osoba sa takozvanim aktivnim kardiovaskularnim kontinuumom. Reč je o ljudima sa određenom ge-

netskom predispozicijom, ali i faktorima rizika, među kojima je posebno značajna arterijska hipertenzija. U našoj zemlji, inače jednoj od prvih pet na evropskoj lestvici zastupljenosti kardiovaskularnih oboljenja, ove bolesti su poslednjih godina u porastu, a naročito povišen krvni pritisak. Dijabetes je, pri tom, oboljenje za koje i evropski i američki stručnjaci smatraju da treba da nosi klinički znak jednakosti sa kardiovaskularnom bolešću. U Srbiji je, na pomenu je dr. Seferović, dijabetes najznačajniji komorbiditet sa oboljenjima krvnih sudova, a abdominalna gojaznost, koja uz njih ide, u našoj zemlji je najlošije lečen faktor rizika.

Ukazujući na povezanost gojaznosti, dijabetesa, kardiovaskularnih oboljenja, hipertenzije, ali i bolesti žučne kese, pa čak i 42 odsto slučajeva karcinoma dojke kod tih osoba, dr. Seferović navodi da evropski kardiolozi potvrđuju da hipertenziju treba lečiti udruženo sa svim drugim faktorima rizika, pri čemu on naglašava da nekontrolisana arterijska hipertenzija pre ili kasnije dovodi do srčane insuficijencije. I kod muškaraca i kod žena, to



Prof. dr. Dragan Micić

Opšta bolnica  
„Bel Medic“