

I. STRESZCZENIE

Choroby sercowo-naczyniowe (ChSN) są najczęstszą przyczyną hospitalizacji w Polsce. ChSN występują u kobiet później o około 8-10 lat w stosunku do mężczyzn i w związku z tym ryzyko ogólne oceniane w porównywalnych grupach wieku jest niższe u kobiet. Zapadalność na ChSN wzrasta po menopauzie, jednakże wysokie ryzyko wystąpienia ChSN u kobiet związane z paleniem tytoniu nie zależy od wieku.

Do najczęściej występujących chorób sercowonaczyniowych należą: nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa i zawał serca, udar mózgu, choroby naczyń obwodowych, przewlekła niewydolność serca czy zaburzenia rytmu serca. Leżąc u ich podłoża miażdżycy tętnic przez wiele lat rozwija się niezauważalnie i zwykle osiąga etap zaawansowany przed wystąpieniem objawów. Ostatnio coraz więcej badań poświęca się strategiom postępowania profilaktycznego, przede wszystkim w rozwoju miażdżycy stanowiącej jedną z głównych przyczyn choroby niedokrwiennej serca. Zaobserwowano, iż procesy miażdżycowe o charakterze subklinicznym rozwijają się u młodych ludzi dorosłych, a nawet u nastolatków. Odpowiednio wczesne zatem wdrożenie działań profilaktycznych może w znaczący sposób zminimalizować ryzyko wystąpienia tego schorzenia.

Czynnikami ryzyka ChSN są: podwyższony wskaźnik masy ciała BMI (Body Mass Index), niska aktywność fizyczna, spożycie alkoholu, palenie tytoniu, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze lub hiperlipidemia w wywiadzie, obciążający wywiad rodzinny. Prawidłowe żywienie i aktywność fizyczna są jednymi z najważniejszych czynników mających znaczący wpływ na zachowanie dobrego stanu zdrowia. W latach osiemdziesiątych ubiegłego stulecia obserwowano renesans zainteresowania dietą śródziemnomorską, jedną z najwyżej ocenianych diet w kontekście prewencji chorób sercowo-naczyniowych.

Założenia diety śródziemnomorskiej zostały sformułowane w oparciu o zwyczaje żywieniowe ludzi zamieszkujących kraje basenu Morza Śródziemnego charakteryzujące się:

- dużym spożyciem produktów pochodzenia roślinnego: owoców, warzyw, ziemniaków, nasion roślin strączkowych, orzechów i nasion, produktów zbożowych, oliwy z oliwek jako głównego źródła tłuszczu, ziół np. oregano, bazylii, tymianku, rozmarynu, szalwii,
- średnim spożyciem ryb i owoców morza, mleka i jego przetworów (przede wszystkim serów i jogurtów), wina - głównie do posiłków,
- małym spożyciem mięsa czerwonego,

- spożywaniem lokalnych, sezonowych, świeżych produktów.

W licznych badaniach oceniano wpływ diety śródziemnomorskiej na ryzyko zachorowania oraz śmiertelność w ChSN. Według najnowszych doniesień naukowych, odpowiednie zachowania żywieniowe, a także inne składowe stylu życia mogą zmniejszyć problemy związane z ryzykiem wystąpienia ChSN.

Celem podjętych badań była analiza czynników ryzyka i prewencji chorób sercowo-naczyniowych w grupie młodych kobiet ze szczególnym uwzględnieniem modelu diety śródziemnomorskiej. Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku: Uchwała nr: R-I-002/344/2014. Do zrealizowania przyjętych celów wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, 3-dniowy 24-godzinny wywiad żywieniowy, Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) – wersja długa, pomiary antropometryczne, pomiary ciśnienia tętniczego krwi.

Badania przeprowadzono w okresie od grudnia 2014 do stycznia 2016 roku w grupie 244 studentek białostockich uczelni w wieku 18-25 lat. W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz, obejmujący swoim zakresem wywiad osobisty i rodzinny, zachowania żywieniowe takie jak częstość spożycia poszczególnych grup produktów spożywczych, ogólny stan zdrowia, stan odżywienia, tryb życia, spożycie alkoholu, palenie papierosów oraz 3- dniowy dzienniczek żywieniowy spożycia w ciągu trzech następujących po sobie dni. Ankietowane odpowiadały też na pytania, dotyczące występowania ChSN u najbliższych krewnych (rodzeństwo, rodzice, dziadkowie), możliwych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych (palenie papierosów, spożywanie alkoholu). Zebrane dane z wywiadów żywieniowych zostały wprowadzone do programu Dieta 5, IŻŻ, Warszawa i na tej podstawie obliczono: zawartość poszczególnych składników pokarmowych w diecie, stosunek kwasów jednonienasyconych/kwasów nasyconych i alkoholu. Na podstawie zebranych danych wyliczono współczynnik diety śródziemnomorskiej MDS (Mediterranean Diet Score). W badaniach uwzględniono też pomiary antropometryczne i wyliczono wskaźnik BMI, badania biochemiczne oraz pomiary ciśnienia tętniczego. Badaną grupę podzielono na trzy podgrupy: z nadwagą, prawidłową masą ciała i niedowagą. Statystyczną analizę wyników przeprowadzono przy pomocy programu statystycznego SPSS 21 (SPSS Inc., Chicago, USA). Analizę przeprowadzono stosując testy statystyczne: Shapiro-Wilka, ANOVA, Kruskala-Wallisa i test niezależności χ^2 oraz przy pomocy współczynnika korelacji Spearmana.

Uzyskane wyniki badań wykazały, że znajomość i zastosowanie zasad diety śródziemnomorskiej wśród ankietowanych były niewielkie. Niewiele ponad połowa badanych

kobiet wiązała dietę śródziemnomorską z profilaktyką ChSN i nowotworów. BMI (body mass index) u większości ankietowanych był w normie. W sposobie żywienia stwierdzono spożycie ryb i produktów pełnoziarnistych u kobiet, które wykazały stosunkowo wysoką wiedzę na temat diety śródziemnomorskiej, co odzwierciedlał wskaźnik MDS na poziomie od 5 do 7 punktów. W badanej grupie najwyższe spożycie tłuszczu, a zwłaszcza kwasów tłuszczowych nasyconych, które korelują dodatnio z ChSN obserwowano w grupie z niedowagą. Dostarczenie z dietą witamin A, C i E było zbliżone do zaleceń we wszystkich podgrupach. Dodatkowo wiadomo, że pochodziły one ze składników naturalnych, ponieważ tylko dwie ankietowane deklarowały przyjmowanie preparatów multiwitaminowych. W badaniach własnych spożycie sodu znacząco przekraczało normę we wszystkich podgrupach. Nadciśnienie tętnicze częściej występowało w podgrupie z nadwagą. W przypadku parametrów biochemicznych: glukoza, cholesterol całkowity, cholesterol LDL, cholesterol HDL, trójglicerydy nie stwierdzono różnic znamienych statystycznie pomiędzy poszczególnymi podgrupami. Występowanie hiperlipidemii w rodzinie ankietowanych zdecydowanie charakteryzowało podgrupę z nadwagą. Znaczna część ankietowanych deklarowała spożywanie alkoholu. Palenie tytoniu zadeklarowało 14% badanych. Co jest niepokojące rozpoczęcie palenia przypadało na wiek nastoletni ankietowanych. W badaniach własnych najwięcej kobiet wykazywało niski poziom aktywności fizycznej. W poszczególnych podgrupach nie stwierdzono znamienych różnic w zakresie wartości współczynnika aktywności fizycznej.

Sposób odżywiania i styl życia to jedne z kluczowych czynników wpływających na zdrowie. Nieprawidłowe zachowania żywieniowe u młodych kobiet mogą skutkować negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi. Znajomość zasad właściwego odżywiania się oraz zdrowego stylu życia pozwoliłaby na zapobieganie niewłaściwym zachowaniom żywieniowym i efektywniejszą promocję zdrowia. Warto też zwrócić uwagę na zasadność wykonywania badań biochemicznych w młodym wieku, ponieważ pozwoli to na rozpoznanie nieprawidłowości, da możliwość szybkiego wprowadzenia działań profilaktycznych jak zmiana nawyków żywieniowych i stylu życia, co pozwoli w konsekwencji na przesunięcie w czasie lub uniknięcie ryzyka wystąpienia przewlekłych chorób niezakaźnych.