

Бадемите, орехите и другите ядки подобряват липидните нива

Консумацията на ядки от каквото и да е вид подобрява серумните нива на липидите, понижава нивата на общия и LDL-холестерола и подобрява важни липидни отношения, показват резултатите от нов мета-анализ.¹ Холестерол-понижаващите ефекти на ядките са дозо-зависими и по-изразени при индивиди с по-високо изходно ниво на LDL-холестерола и индивиди с по-нисък индекс на телесната маса (ИТМ), посочват изследователите.

„Нашите резултати потвърждават резултатите от епидемиологичните проучвания и показват, че консумацията на ядки понижава риска за развитие на коронарна болест на сърцето и насърчават включването на ядки в терапевтичните режими за оптимизиране на липидните нива с цел понижаване на коронарния риск“, пишат водещият изследовател д-р Джоан Сабате (Университет Лома Линда, Калифорния) и сътрудниците му в броя на Archives of Internal Medicine от 11 май 2010 г.

Авторите допълват, че обобщените резултати от епидемиологичните проучвания показват, че рискът за развитие на коронарна болест е с около 40% по-нисък при хората, които приемат ядки поне 4 пъти седмично, в сравнение с хората, които рядко или никога не консумират ядки. През 2003 г. Администрацията по храните и лекарствата на САЩ излезе със становище, че консумацията на специфични ядки – бадеми, лешници, фъстъци, орехи – може да редуцира сърдечно-съдовия риск.²

медикаменти, понижаващи липидните нива. В отделните проучвания дневната консумация на ядки варира между 23 и 132 g, като са включени различни видове ядки – бадеми, лешници, макадамия.

Консумацията на 67 g ядки дневно (средната доза за всичките 25 проучвания) е асоциирана с понижение на нивото на общия и LDL-холестерола съответно с 10.9 mg/dL и 10.2 mg/dL. Консумацията на ядки подобрява сигнификантно и отношенията LDL/HDL и общ холестерол/HDL-холестерол. Не е наблюдаван сигнификантен ефект върху нивото на HDL-холестерола, нито върху нивото на триглицеридите, въпреки че е установено понижение на нивото на триглицеридите при индивидите с по-високи изходни нива.

Ефектът от консумацията на ядки е подобен при мъже и жени и в различните възрастови групи и е независим от вида на консумираните ядки.

Холестерол-понижаващите ефекти на ядките са най-силно изразени при индивидите с високо изходно ниво на LDL-холестерола. Така например, при изходно ниво на LDL-холестерола <130 mg/dL понижението на нивото му възлиза на 3.5 mg/dL, а при изходно ниво на LDL-холестерола >160 mg/dL понижението е 18.4 mg/dL. Обратно, холестерол-понижаващият ефект е най-изразен при лица с ИТМ <25 kg/m², макар и несигнификантен, и е атenuиран при лица с ИТМ >30 kg/m².

повишената консумация на ядки като част от „балансиран хранителен режим има благоприятен ефект върху серумните нива на липидите (поне в краткосрочен план) и има потенциал за понижение на риска от коронарна болест на сърцето“.

Книзопус

1. Sabaté J, Oda K, Ros E. Nut consumption and blood lipid levels. *Arch Intern Med* 2010; 170:821-827.
2. Food and Drug Administration. Qualified health claims: Letter of enforcement discretion—Nuts and coronary heart disease (Docket No 02P-0505). 2003.

Добавката на ръста към отношението талия/ханш подобрява предиктивната му стойност по отношение на смъртността – но кой ще го използва?

В желанието си да подобрят предиктивната стойност на телесната маса по отношение на смъртността, шведски изследователи предлагат включването на трети параметър – ръста.

Д-р Андреас Розенблад (Университет Упсала, Швеция) представи нови данни за предложението от него индекс талия/ханш/ръст (ТХР) на срещата на EuroPREVENT 2010.

В своето популационно проучване д-р Розенблад и сътрудниците му сравняват предложението от тях антропометричен индекс – талия/ханш/ръст, с други индекси на телесната маса при 33 494 мъже и жени на възраст между 40 и 50 години. На участниците в проучването са извършени множество измервания в момента на включването (в периода между 1990 и 1999 г.) и са проследени по отношение на смъртността до август 2008 г. На базата на изходните данни са калкулирани индекс на телесната маса (ИТМ), обиколка на талията, отношение талия/ханш, отношение талия/ръст и новото отношение талия/ханш/ръст.

ИТМ е най-слабият прогностичен маркер

За периода на проследяване 1301 души са починали (759 мъже и 542 жени). При използването на всеки от антропометричните индекси като прогностичен маркер за общата смъртност, индексът талия/ханш/ръст има най-силна предиктивна стойност при унивариантен и мултивариантен анализ, включващ възраст, наличие на диабет, тютюнопушене, артериално налягане, сър-

Промени в серумните нива на липидите и липопротеините

Параметър	Средна промяна (95% CI), mg/dL	Средна промяна, %	P
Общ холестерол	-10.9 (-14.1 до -7.8)	-5.1	<0.001
LDL-холестерол	-10.2 (-13.1 до -7.4)	-7.4	<0.001
HDL-холестерол	0.09 (-1.00 до 1.19)	0.2	0.88
LDL/HDL	-0.2 (-0.3 до -0.1)	-8.3	<0.001
Общ холестерол/HDL-холестерол	-0.2 (-0.3 до -0.1)	-5.6	<0.001
Триглицериди	-3.1 (-7.2 до 1.2)	-2.8	0.15
Триглицериди (изходно ниво <150 mg/dL)	0.7 (-3.2 до 4.7)	0.7	0.74
Триглицериди (изходно ниво >150 mg/dL)	-20.6 (-30.7 до -9.9)	-10.2	<0.05

Понижение на нивото на общия и LDL-холестерола

Изследователите са изследвали ефектите на консумацията на ядки върху липидните нива и вариациите на тези ефекти в зависимост от популациите, от типа ядки, от хранителния режим и от ИТМ. Анализът обхваща 25 проучвания, включващи 583 мъже и жени с нормални липидни нива и нормално артериално налягане, които не са приемали

В своята статия д-р Сабате и сътрудниците ѝ отбелязват, че понижението на серумните липидни нива в обобщения анализ е подобно на понижението, посочено от наскоро проведен мета-анализ на резултати от проучвания, изследващи консумацията на орехи. „Сходството между резултатите, получени при различни методологични подходи, валидира нашите данни“, пишат изследователите. Резултатите показват, че

дечна честота и глюкозни нива. След него най-силна предиктивна стойност има отношението талия/ханш, последвано от отношението талия/ръст и обиколка на талията и на последно място е ИТМ. В повечето случаи разликата между отношението талия/ханш и другите индекси е статистически сигнификантна ($p < 0.05$).

„Досега са използвани обиколката на талията и отношението талия/ханш, но не мисля, че някой е използвал отношението талия/ханш/ръст, каза д-р Розенблад. Известно е, че отношението талия/ханш е предиктор за смъртността, както и ИТМ – колкото сме по-слаби, толкова по-дълго живеем. Добавяйки ръста към отношението талия/ханш, показваме, че при по-слабите хора отношението талия/ханш може да бъде по-високо, тъй като ръстът им редуцира техния риск.“

ИТМ е най-често използваният прогностичен индекс, отбелязват изследователите. Д-р Розенблад подчертава, че отношението талия/ханш/ръст трябва да бъде изследвано в различни популации. 90% от 33 000 души в това проучване са от Швеция, а малък процент са от не-европейски страни.

Необходима е простота

Коментирайки това проучване, модераторът на сесията, д-р Симона Джампаоли (Лаборатория по епидемиология и биостатистика, Рим, Италия) подчерта, че в повечето лонгитудинални проучвания ИТМ е използван поради лесното измерване и калкулиране на индекса в клинични условия.

„Проблемът с обиколката на талията според мен е трудността за определяне на точното положение на талията. Същият проблем съществува и при измерване на обиколката на ханша.“

Не е изненадващо, продължи тя, че този индекс за прогноза на риска става по-прецизен с добавянето на повече параметри, но фактът, че изисква три отделни измервания, всяко от които трябва да бъде направено два пъти и да бъде усреднено, понижава вероятността за използването на този индекс в практиката. Повечето общопрактикуващи лекари дори не измерват теглото на своите пациенти, въпреки наднорменото тегло и затлъстяването им.

„Проблемът с превенцията е не само „редукцията на теглото“, но и поддържането на постигнатото тегло в норма, което е много по-трудно в началото, но и много по-важно в дългосрочен план, каза д-р Джампаоли. Когато работим само върху затлъстяването, лекуваме болест, лекуваме висок риск, лекуваме болен човек. Общопрактикуващите лекари трябва да започнат да се опитват да поддържат здравето и да убеждават своите пациенти да поддържат собственото си здраве – концепция, която се различава от превенцията според мен.“

За да направят това, клиницистите трябва да използват ИТМ, който е най-простият и бърз инструмент за оценка на риска.

„Трябва да открием колкото е възможно повече параметри, които са възпроизводими, стандартизирани, лесни и бързи. Индексът талия/ханш/ръст не е такъв – той включва три измервания.“

„За да измерите прецизно талията, ханша и ръста, са ви необходими повече от 5 минути“ и това не е нещо, което кардиолозите и общопрактикуващите лекари смятат да правят.

ИЗИСКВАНИЯ КЪМ АВТОРИТЕ

За публикуване се приемат обзорни статии, оригинални статии, описание на случаи от клиничната практика и писма (коментари) до редакторите.

Текстовете и таблиците се предават в електронен ръкопис (на носител или в електронно писмо) на български език, изработен с текстообработваща програма Word.

Фигурите се предават във формат .ppt, .tif или .jpg. Обемът на статиите не трябва да надхвърля 12 стандартни страници (до 30 реда, 60–66 знака на ред, формат А4).

Под заглавието на всяка публикация се посочват пълните имена на авторите, научните звания, преподавателските степени и тяхната месторабота. Ако авторският колектив е от повече от една институция, имената се маркират с цифров индекс.

Всяка оригинална статия и описание на случай от клиничната практика се придружава от резюме на български в обем до 250 думи и до 6 ключови думи (keywords). За обзорни статии не се изисква резюме.

Структурата на всяка оригинална статия задължително включва следните шест раздела: увод, цел, материал и методи, резултати, обсъждане и заключение (изводи).

Библиографията съдържа литературни източници в азбучен ред, като имената на авторите се цитират в текста на оригинален език, а поредният номер на цитираната публикация се отбелязва с арабска цифра, точка след нея. Библиографските данни се структурират по следния начин:

- цитат на статия: Автор (и). Заглавие на статията. Заглавие на списанието (съкратено по Index Medicus), година; том: страници (от–до).

- цитат на книга: Автор (и). Заглавие на книгата. Издателство, местоиздаване, година на издаване.

- цитат от сборник: Автор (и). Заглавие на главата. В (на латиница – In). Заглавие на сборника. Издателство, местоиздаване, година на издаване, страници (от–до). Ако авторите в библиографията са до трима, се изписва фамилията и инициалите на първия автор и инициалите и фамилията на останалите автори. Когато авторите са повече от трима, след името на третия се пише и съвт. (на латиница – et al.).

В края на електронния ръкопис задължително се отбелязва адрес за кореспонденция, съдържащ имената на авторите, пощенски и електронен адрес, телефон и факс.

Електронни ръкописи не се връщат на авторите.

Материалите се изпращат на адрес:

Статии за сн. „Наука Диететика“ e-mail: nauka.dietetika@arbilis.com

Тел.: 02/950 17 17; Факс: 02/950 17 16