

# „Scăderea mortalității cardiovasculare se datorează schimbării stilului de viață în peste 50% din cazuri“

Prof. dr. Dan Gaiță punctează importanța măsurilor de preventie cardiovasculară din perspectiva cardiologului care se luptă zilnic cu consecințele dramatice ale unui stil de viață nesănătos

**E**lementul de risc cardiovascular este în relat cu riscul metabolic. Diabetul este un factor de risc, dar și o boală de sine stătătoare. Alături de obezitate, hipertensiune arterială, dislipidemie și fumat, diabetul este un factor de risc cardiovascular. De multe ori, aceste comorbidități se și asociază. Ca medic, trebuie să ai un tablou cât mai complet al bolnavului pentru a putea recomanda, alături de tratament, comportamente cât mai eficiente. Consider că un medic cardiolog este cel mai îndreptățit să „vizualizeze” acest tablou, în întregul său. Cardiologul are contact cu bolnavi care au dezvoltat deja o suferință cardiacă, în grade diferite. Ca principiu general, o intervenție este cu atât mai eficientă și duce la o reducere cu atât mai mare a riscului cu cât boala este mai puțin avansată. Numai că eficiența se vede mult mai repede cu cât boala este mai avansată. Aceasta este partea proastă a lucurilor.

## Prelungirea anilor de boală

Impactul cel mai mare și intervenția spectaculoasă se resimt când boala este avansată. Din această cauză, mulți bolnavi apelează destul de târziu la medic, în faze avansate ale bolii. Oamenii se gândesc la schimbarea atitudinii față de excesul ponderal și obezitate abia când apar și alte probleme, de genul celor cardiovasculare. Complianța crește și ea odată cu gravitatea bolii. Paradoxul este că o schimbare este cu atât mai bine simțită cu cât boala este mai avansată, dar este cu atât mai greu de făcut într-un astfel de moment. Chiar dacă beneficiile sunt spectaculoase, ele sunt totuși mult mai mici decât dacă aceste schimbări în stilul de viață ar fi fost făcute mai devreme în evoluția bolii. De asemenea, schimbările aduse prin introducerea unui stil de viață sănătos într-o fază avansată a bolii țin mai mult de calitatea vieții, nu neapărat de prelungirea ei. Am văzut recent un studiu interesant în care se spu-

nea că, în ultimii 100 de ani, speranța de viață a fost prelungită cu 20-25 de ani; de fapt, noi am prelungit anii de boală, nu am reușit să întârziem, ca medie, apariția bolilor majore.

Prevenția este utilă pentru orice categorie de pacient: de la individul sănătos până la pacientul cu cea mai complicată stare. De asemenea, este cu atât mai eficientă cu cât boala este mai îndepărtată. Partea proastă este că oamenii nu au două vieți, să vadă cum ar fi dacă ar fi slabii și cum ar fi dacă ar fi grași, și atunci se bazează pe experiențe de tipul: „X a trăit 90 de ani și era obez, fumător, hipertensiv și stresat, fiindcă participase și la război”. Oamenii tind să rețină exemple în favoarea lor, neobservând că în imediata vecinătate sunt mai numerose exemplele în care acești factori de risc duc la deces.

## Schimbarea radicală din ultimul secol

Factorii de risc au ajuns să fie numiți astfel pentru că toate acele boli de sine stătătoare – diabet, obezitate, hipertensiune, dislipidemie – cresc riscul de complicații și de deces. Cu cât greutatea corporală este mai mare, cu atât riscul de îmbolnăvire și de deces este mai mare. Simpla măsurare a circumferinței abdominale, care dă valori crescute, este un predictor independent al speranței de viață. Si invers este demonstrată ipoteza: scăderea în greutate duce la reducerea acestui risc. Dar dacă o persoană a avut un exces ponderal, iar apoi a scăzut în greutate, nu cumva toate riscurile acumulate în perioada în care a avut greutatea mai mare duc către scăderea speranței de viață?

Un pacient care are, spre exemplu, hipertensiune arterială, cu fiecare 10 kg de scădere în greutate către greutatea optimă își poate reduce cu 10-15 mm Hg tensiunea arterială sistolică și cu 5-7 mm Hg pe cea diastolică. Practic, își poate controla tensiunea numai prin scăderea în greutate. Sigur, există un nivel de la care nu



## CARTE DE VIZITĂ

### Prof. dr. Dan Gaiță

Profesor universitar de cardiologie la Facultatea de Medicină din Cadrul Universității de Medicină și Farmacie din Timișoara, coordonator național al Forumului Național de Prevenție Cardiovasculară, secretar al Grupului de Lucru de Prevenție Cardiovasculară din Cadrul Societății Europene de Cardiologie

## ● INTERVENȚIA MAJORĂ

pe stilul de viață se referă la trei direcții: FAN - „F” de la oprirea fumatului; „A” de la activitatea fizică și „N” de la nutriție

● **DINTRE FACTORII DE RISC,**  
renunțarea la fumat reduce în cea mai mare măsură mortalitatea, pe locul secund fiind nutriția, iar pe al treilea activitatea fizică

● **NOI, OAMENII, AM FOST SETAȚI**  
într-un anumit fel, numai că în ultimii 100 de ani s-a schimbat radical stilul de viață. A apărut fumatul, predominant grăsimile în alimentație, care a devenit hipercalorică, în timp ce efortul fizic s-a diminuat. Acest bilanț apare mai ales la obezitate: mult mai multe calorii introduse în organism decât calorii arse prin efort fizic

se mai poate scădea, dar schimbarea stilului de viață are un efect cât se poate de palpabil în cazul hipertensiunii arteriale. Boala aterosclerotică, cu creșterea consecutivă a mortalității, a apărut din cauza unei schimbări în stilul de viață, astfel că aceasta este metoda prin care putem acționa în sens invers, pentru a o înlătura. Noi, oamenii, am fost setați într-un anumit fel, numai că în ultimii 100 de ani s-a schimbat radical stilul de viață. A apărut fumatul, predominant grăsimile în alimentație, care a devenit hipercalorică, în timp ce efortul fizic s-a diminuat. Acest bilanț apare mai ales la obezitate: mult mai multe calorii introduse în organism decât calorii arse prin efort fizic.

## Un stil de viață sănătos pentru toți

Conform statisticilor din Europa Occidentală și din Statele Unite, reducerea numărului de îmbolnăviri datorate atherosclerozei și scăderea mortalității cardiovasculare se datorează schimbării stilului de viață în peste 50% din cazuri.

S-a stabilit că o pondere de două treimi din scăderea mortalității este datorată preventiei, care include și schimbarea stilului de viață. Cealaltă treime, la fel de importantă, se datorează noilor proceduri introduse în practica medicală; dar aceste proceduri intervin când deja este prezent un defect major și este pusă în pericol viața pacientului. În esență, acești doi factori majori nu sunt competitivi. Toți avem nevoie de un stil de viață sănătos, fie că suntem sănătoși sau că suntem bolnavi. Cei care sunt bolnavi au nevoie și de intervențiile pe fiecare categorie în parte.

## Hiper 3G

Noi, ca medici, suntem mulțumiți că pacientul cu hipertensiune este compliant, luându-și medicație prescrisă, și uneori considerăm a fi suficient, chiar dacă el nu a operat modificări în alimentație și nu a scăzut în greutate sau dacă încă fumează. Recomandăm medicamentele, facem intervențiile, dar suntem toleranți la o schimbare de stil de viață, spunându-ne că oricum este greu să schimbi o mentalitate după o anumită vârstă. Mesajele noastre nu sunt suficient de puternice și nu sunt unitare.

Tocmai de aceea, să decis ca în ultima săptămână a lunii septembrie să fie „Ziua mondială a inimii”. Ne gândim să realizăm în cel puțin trei orașe o campanie, sub genericul „Hiper 3G” – „Hiper” ve-

nind de la hipertensiune, iar cei „3G” de la indicele glicemic crescut, greutate și „grăsimea” din artere. Sunt cei patru factori de risc extrem de puternici care au efecte nocive asupra tuturor oamenilor.

## Cel mai puternic factor de risc cardio-vascular

Ar trebui implementate, pornind de la nivel politic, niște măsuri de optimizare a stilului de viață. Probabil că sărăcia este cel mai puternic factor de risc cardio-vascular: omul sărac, știind că grăsimile sunt mai ieftine decât legumele și fructele, va mâncă mai multe grăsimi. Sărăcia este de asemenea legată de un procentaj mult mai mare de fumători, de lipsa unei asistențe sociale care să dea sfaturi corespunzătoare. De asemenea, populația săracă nu are timp să se ocupe de sănătate, să facă măcar acea plimbare de jumătate de oră pe zi, din lipsă de timp. Contează munca fizică prestată, dar este important efortul fizic făcut pentru relaxare. Acea jumătate de oră pe zi de relaxare ține și de managementul stresului, important pentru combaterea complicațiilor cardiovasculare sau a celor de tip psihiatric. În plus, populația săracă are acces la servicii medicale mai proaste. Toate aceste lucruri pot fi schimbate și prin creșterea standardului de viață, dar și prin mesaje directe și unitare către populație cu sfaturi privind alimentația, efortul fizic, renunțarea la fumat.

## Timp alocat ție însuți pentru mișcare

Într-un studiu, fumatul a scăzut cu 30% riscul de infarct miocardic, activitatea fizică a scăzut cu 24%, iar alimentația bazată pe legume și fructe a scăzut cu 28%. Ele împreună nu se adună, dar au un efect cumulat foarte bun. Cel care se lasă de fumat a realizat deja o intervenție majoră, iar din acest punct îi va fi mai ușor să reducă și numărul de calorii din alimentație și să facă efort fizic. În momentul în care se reușește alocarea unei jumătăți de oră pe zi efortului fizic, sistematic, deja toate celelalte schimbări sunt mult mai ușor de implementat: renunțarea la fumat și schimbarea regimului alimentar. Efortul fizic ar fi în zona centrală. Este vorba despre timp alocat ție însuți pentru mișcare, însă oamenii dau greu din timpul lor liber. Ar mai fi un aspect important: dacă fumatul este total interzis, în alimentație nimic nu este interzis, ci trebuie numai reduse cantitățile.