

VITAMINA D ȘI RISCUL CARDIOVASCULAR: ROLUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN PREVENȚIA CARDIOVASCULARĂ

*Laura CONDUR*¹, *Dumitru MATEI*^{2,3},
*Adrian RESTIAN*², *Nicolae CUCOȘ*⁴,
Mihaela Adela IANCU^{2,5},

¹Universitatea Ovidius, Constanța,

²Universitatea de Medicină și Farmacie
Carol Davila, București,

³Institutul Național pentru Sănătatea Mamei
și Copilului *Alessandrescu-Rusescu*, București,

⁴Universitatea *Bioterra*, București,

⁵cabinet medical individual

Introducere

Patologia cardiovasculară cunoaște în ultimii ani o creștere alarmantă a incidenței, HTA fiind considerată cea mai frecventă afecțiune în acest context. OMS consideră că bolile cardiovasculare constituie prima cauză de mortalitate în lume. Statisticile arată o creștere a incidenței, astfel că "în 2012 au existat 17,3 milioane decese, dintre care 7,3 milioane s-au datorat bolii coronariene, 6,2 milioane au avut un atac cerebral și 9,4 milioane au avut drept cauză directă HTA". În același sens, o analiză a OMS și a Societății Internaționale de HTA, realizată în 2014, a scos în evidență faptul că HTA constituie "cel mai important factor de risc pentru deces și dizabilitate la scară mondială" și "cel mai răspândit factor de risc cardiovascular de pe glob".

În România, prevalența HTA este foarte mare – aproximativ 7 milioane de persoane sau 40% din populația țării. De asemenea, se constată apariția bolii la vârste tinere, sub 40 de ani, ceea ce constituie un adevărat semnal de alarmă. Este important de precizat faptul că studiile au demonstrat că există o relație de interdependență clară între HTA și riscul cardiovascular, uneori chiar independent de alți factori de risc. Astfel, rolul medicului de familie este extrem de important, HTA fiind practic cea mai frecventă formă de boală cronică, monitorizată în cabinet.

Prevenția este esențială, medicina de familie având un rol foarte important, fiind singura specialitate care are ca obiect de activitate și prevenția. Depistarea la timp a valorilor crescute de TA și a celorlalți factori de risc cardiovascular, tratarea corectă, prevenirea afectării organelor-țintă și a complicațiilor, evaluarea corectă a riscului cardiovascular sunt obiectivele pe care trebuie să le aibă medicul de familie în abordarea și managementul pacientului cu HTA și risc de boală cardiovasculară.

Obiective

Există însă o multitudine de necunoscute încă în această patologie, cu identificarea a "noi" factori de risc, ce ar putea avea rol în apariția HTA și a patologiei cardiovasculare, în determinarea unui risc cardiovascular crescut. Unul dintre acești "noi" factori de risc cardiovascular este considerat, în ultimii ani, deficitul de vitamina D. Relația dintre vit. D și riscul cardiovascular face obiectul mai multor studii în ultimii ani, dovedindu-se faptul că există o legătură directă între deficitul de vit. D și un risc cardiovascular crescut.

Material și metodă de cercetare

Am efectuat un studiu prospectiv, desfășurat între anii 2011 și 2017, pe un lot de 316 pacienți din lista proprie de consultație, care au fost diagnosticați cu HTA, după o monitorizare de trei luni de zile ale valorilor TA (dintr-un lot total de 692 pacienți). Parametrii monitorizați la toți pacienții incluși în studiu au fost: greutate, înălțime, circumferința abdominală, indicii de masă corporală, Tensiunea arterială, frecvența cardiacă, colesterol total, HDL, LDL, non-HDL colesterol, trigliceride, glicemie, uree, creatinina serică-RFG, acid uric, fibrinogen, VSH, hs-CRP (ca marker al riscului cardiovascular), calciu seric, osteodensitometrie. La 146 de pacienți din lotul de 316 (F-106 și B-40) s-a dozat și vit. D (25-hidroxi vitamin D).

Criterii de includere pentru acest studiu au fost: vârsta de 35-65 ani, prezența HTA+/-BCV, DZ, obezitate, depresie. *Criterii de excludere:* vârsta <35 ani și >65 ani, prezența osteoporozei/osteopeniei în tratament, hipocalcemie sau afecțiuni tiroidiene în tratament. Valoarea normală a vit. D (25 hidroxi) a fost considerată >30 ng/ml (conform Societății Europene de Endocrinologie).

Rezultate obținute și discuții

Cercetările efectuate în studiu au elucidat mai multe aspecte:

- Valori mici (<10 și 10-20 ng/ml), respectiv deficitul sever sau moderat de vit. D, se atestă mai frecvent la femei decât la bărbați.
- Grupele de vârstă 41-50 de ani și 51-60 de ani sunt cele mai expuse, mai ales la femei.
- Obezitatea (evaluată prin IMC, CA) este în relație invers proporțională cu nivelul de vit. D (IMC și CA crescute – vit. D scăzută), IMC este mai crescut la femei decât la bărbați, grupele de vârstă 41-50 de ani și 51-60 de ani fiind mai expuse.
- Relația dintre hs-CRP și vit. D. Riscul cardiovascular moderat sau crescut (conform datelor și valorilor de laborator) este prezent la peste 50% din pacienții din lotul studiat. Se evidențiază o

relație invers proporțională între vit. D și valoarea hs-CRP (vit. D scade, riscul cardiovascular crește).

- Corecția deficitului de vit. D prin administrarea acestei vitamine, conform ghidurilor Societății Europene de Endocrinologie, a arătat o normalizare a valorilor – 25 (OH) vit. D, după 8 săptămâni de tratament.
- La pacienții care prezentau variabilitate a TA s-a obținut o stabilizare a valorilor și o scădere a TA sistolice cu 10-15 mmHg la 82% din pacienții cuprinși în studiu și a TA diastolice cu 5-10 mmHg la 35%.

Există o seama de limite pe care studiile viitoare ar trebui să le depășească: încă mai este nevoie de dovezi care să explice relația dintre deficitul de vitamina D și boala cardiovasculară, rolul suplimentării cu această vitamină în protecția cardiovasculară.

Concluzii

Astfel, se poate considera că vitamina D are un rol important în organism, deficitul acesteia este foarte frecvent în populație și ar putea fi considerat factor "nou" de risc cardiovascular, iar grupa de vârstă 40-50 de ani are cele mai multe variabile și este cea care poate fi abordată cel mai bine pentru prevenție.

Bibliografie

1. Apetrei E. *Cardiologie clinică*. București: Editura Medicală Callisto, 2015.
2. Dorobanțu M., Tăutu O. *Hipertensiunea arterială esențială*. În: E. Apetrei (ed.). *Cardiologie clinică*. București: Ed. Medicală Callisto, 2015, p. 627-628.
3. Dorobanțu M., Tăutu O. *Proiecte românești de cercetare a factorilor de risc cardiovascular*. În: *Revista Medicina Internă*, 2012, nr. 9(supl.), p. 7-13.
4. Dorobanțu M. *Compendiu de boli cardiovasculare* (vol. II). București: Ed. Universitară "Carol Davila", 2010.
5. Ginghină C. *Mic tratat de cardiologie* (ed. 2, vol. II). București: Editura Academiei Române, 2010.
6. Zaidi S. *Puterea vitaminei D: cele mai folositoare și practice sfaturi științifice despre vitamina D sau hormonul D*. Editura Benefica, 2015.
7. Judd S.E., Tangpricha V. *Vitamin D Deficiency and Risk for Cardiovascular Disease*. In: *The American journal of the medical sciences*, 2009, nr. 338(1), p. 40-44. doi:10.1097/MAJ.0b013e3181aaee91
8. Danik J.S., Manon J.E. *Vitamin D and Cardiovascular Disease*. In: *Current Treatment options in cardiovascular medicine*, 2012, nr. 14(4), p. 414-424. doi:10.1007/s11936-012-0183-8
9. Tamez H., Kalim S., Thadhani R.I. *Does vitamin D modulate blood pressure?* In: *Curr. Opin. Nephrol. Hypertens.*, 2013, nr. 22(2), p. 204-209. doi:10.1097/MNH.0b013e32835d919b
10. Chen S., Sun Y., Agrawal D.K. *Vitamin D deficiency and essential hypertension*. In: *J. Am. Soc. Hyper.*, 2015, nr. 9(11), p. 885-901. doi:10.1016/j.jash.2015.08.009

11. Mehta V., Agarwal S. *Does Vitamin D Deficiency Lead to Hypertension?* In: Cureus, 2017, nr. 9(2), p. 1038. doi:10.7759/cureus.1038
12. Stokic E., Hakkak R., Romani A., et al. *Influence of Vitamin D Deficiency on Cardiometabolic Risk in Obesity.* In: J. Obes. Chronic Dis., 2017, nr. 1(2), p. 21-30.