

CZU: 613.2: 616.132.2-005.4

DOI: <https://doi.org/10.52692/1857-0011.2024.1-78.10>

## PATTERNUL ALIMENTAR LA PACIENȚI CU BOALĂ CORONARIANĂ ISCHEMICĂ

<sup>1</sup> **Tatiana ABRAS**, master nutriție umană<sup>1,2</sup> **Marcel ABRAS**, dr.șt.med., conf. univ.**Petru NUCĂ**, rezident<sup>1</sup>Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”;<sup>2</sup>IMSP Institutul de Cardiologie.e-mail: [dr.tatiana.abras@gmail.com](mailto:dr.tatiana.abras@gmail.com)

### Rezumat.

Obiceiurile alimentare nesănătoase, cât și malnutriția reprezintă factori de risc importanți și independenți cu o influență sporită asupra pacienților cu boală coronariană ischemică (BCI), fiind incomplet elucidate în literatura actuală. Studiul dat este unul observațional descriptiv în care au fost incluși 88 de pacienți (vârsta medie de  $65,61 \pm 8,40$  ani, 68,18 % fiind bărbați) cu BCI, care au fost divizați în două grupe: grupul subiecților cu sindrom coronarian acut (SCA) și grupul subiecților cu sindrom coronarian cronic (SCC), ambele grupe fiind supuși procedurii de angioplastie coronariană. Obiectivele principale au fost stabilirea corelației între paternul alimentar nesănătos și riscul de BCI, precum și influența statutului nutrițional asupra SCA și SCC. Sa determinat că obezitatea, dislipidemia, hipertensiunea arterială, consumul frecvent de carne roșie și procesată, consumul rar de pește, crește riscul de apariție a BCI. Starea nutrițională evaluată prin scorul de control al stării nutriționale (CONUT) a fost mai frecvent crescută la pacienții cu SCA.

**Cuvinte cheie:** SCA (Sindrom coronarian acut), BCI (Boala coronariană ischemică), SCC (Sindrom coronarian cronic), CONUT, malnutriția.

### Summary. Dietary habits of patients with coronary artery disease.

Unhealthy eating habits as well as malnutrition represent important and independent risk factors with an increased influence on patients with coronary artery disease (CAD) being incompletely elucidated in the current literature. This study is a descriptive observational one in which 88 patients (average age of  $65.61 \pm 8.40$  years, 68.18% being men) with BCI were included, who were divided into two groups: the group of subjects with acute coronary syndrome (ACS) and the group of subjects with chronic coronary syndrome (CCS), both groups undergoing the coronary angioplasty procedure. The main objectives were to establish the correlation between unhealthy dietary pattern and the risk of CAD, as well as the influence of nutritional status on ACS and CCS. It was determined that obesity, dyslipidemia, high blood pressure, frequent consumption of red and processed meat, rare consumption of fish, increase the risks of CAD. Nutritional status assessed by the nutritional status control score (CONUT) was more frequently elevated in patients with ACS.

**Keywords:** ACS (Acute coronary syndrome), CAD (Coronary artery disease), CCS (Chronic coronary syndrome), CONUT, malnutrition.

### Резюме. Паттерны питания у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Нездоровые пищевые привычки, а также недостаточность питания представляют собой важные и независимые факторы риска, оказывающие повышенное влияние на пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и в тоже время, эти моменты недостаточно исследованы в современной литературе. Данное исследование представляет собой описательно-обсервационное, в которое были включены 88 пациентов (средний возраст  $65,61 \pm 8,40$  лет, 68,18% мужчины) с ИБС, которые были разделены на две группы: группу больных с острым коронарным синдромом (ОКС) и группу субъектов с хроническим коронарным синдромом (ХКС), обе группы перенесли процедуру коронарной ангиопластики. Основные цели заключались в том, чтобы установить корреляцию между нездоровым режимом питания и риском ИБС, а также влияние нутриционного статуса на ОКС и ХКС. Установлено, что ожирение, дислипидемия, повышенное артериальное давление, частое употребление красного и обработанного мяса, редкое употребление рыбы повышают риски ИБС. Нутритивный статус, оцениваемый по шкале контроля нутритивного статуса (CONUT), чаще был повышен у пациентов с ОКС.

**Ключевые слова:** ОКС (острый коронарный синдром), ИБС (ишемическая болезнь сердца), хронический коронарный синдром (ХКС), КОНУТ, малнутриция.

## Introducere.

Bolile cardiovasculare (BCV), inclusiv boala coronariană ischemică reprezintă una dintre principalele cauze de deces în lume [1]. SCA adesea este prima manifestare clinică a BCV. În 2019, s-au înregistrat aproximativ 5,8 milioane de cazuri noi de boală coronariană ischemică în cele 57 de țări membre ESC. Rata medie de incidență este de 293,3 la 100 000 de persoane [2]. La moment se înregistrează peste 6 milioane de cazuri noi de BCV în UE și peste 11 milioane în Europa, în fiecare an. La moment în UE se înregistrează 49 de milioane de persoane care prezintă BCV, pentru cheltuielile medicale ale acestor persoane se numără 210 miliarde euro pe an [11]. Anual, BCV cauzează 3,9 milioane de decese în Europa și peste 1,8 milioane de decese în Uniunea Europeană. BCV cauzează 45% din toate decesele din Europa și 37% din UE [11].

Printre cei mai importanți factori de risc pentru BCV sunt factorii modificabili, precum stilul de viață, în care se includ obiceiurile alimentare nesănătoase, activitatea fizică inadecvată, tabagismul, dislipidemia, consumul abuziv de alcool și obezitatea. Tiparele alimentare slabe sunt deseori factorii determinanți ai multor boli, îndeosebi BCI, la nivel mondial. Lipsa de atenție față de recomandările nutriționale și alegerea alimentelor bogate în grăsimi solide, zaharuri adăugate și alimente procesate este în creștere la nivel global [3,4].

Studiile actuale identifică trei modele alimentare majore:[5]

1. „Modelul Quasi-Occidental”, ce se caracterizează prin aporturi mai mari de dulciuri și deserturi, gustări frecvente, leguminoase, miere sau dulceață, ketchup, maioneză, legume galbene, cartofi, carne roșie, cereale rafinate;

2. „Modelul de zahăr și fast-food” a fost caracterizat de un consum mai mare de zahăr, băuturi răcoritoare, fast-food-uri, lactate bogate în grăsimi, grăsimi hidrogenate.

3. „Modelul Quasimediteranean” a fost caracterizat prin aporturi mai mari de fructe, legume crucifere, legume cu frunze verzi, alte legume, nuci, cafea. La ambele sexe, „Modelul quasi-occidental” și „Modelul zahăr și fast-food” au fost asociate pozitiv cu riscul BCI [5].

Tratamentul intervențional și terapia antitrombotică inovativă, prevenția secundară și modificarea factorilor de risc în ultimul deceniu au scăzut rata mortalității pe termen scurt, cum ar fi cea intraspitalicească, la o valoare de aproximativ 5-8%. Mortalitatea, pe termen lung, a pacienților ce au suportat IMA, rămâne ridicată (adică, 10–12%),

subliniind necesitatea identificării pacienților cu risc major și corecția precoce a factorilor de risc într-un stadiu incipient [6].

Malnutriția, care este frecvent observată la pacienții cu SCA, poate duce la reducerea funcției imune și la creșterea inflamației, ceea ce are un impact negativ asupra prognosticului. Astfel, starea nutrițională perturbată a fost identificată ca un factor de risc independent pentru dezvoltarea și progresia SCA [7].

Indicele PNI, a fost validat pentru evaluarea stării nutriționale și inflamatorii a pacienților în stare critică și a prezice durata spitalizării și mortalitatea. Într-o meta-analiză, care a implicat 13 studii retrospective, ce a inclus 16.579 de pacienți, care au suportat PCI pentru SCA urmăriți de la 12 la 67,2 luni, a arătat o corelație pozitivă între un PNI scăzut și un risc crescut de mortalitate de orice cauză [6].

Eficacitatea comparativă a PNI în prezicerea mortalității la pacienții cu SCA rămâne discutată, în comparație cu alți indici nutriționali. De exemplu, s-a raportat că indicele CONUT, a fost superior PNI în ceea ce privește prezicerea decesului de orice cauză la pacienții cu STEMI. În plus, proporția de pacienți cu risc de malnutriție, evaluată folosind indicele CONUT, a fost mai mare decât cea evaluată folosind indicele PNI (60% față de 52%). Scorul CONUT a prezentat o asociere mai robustă și semnificativă cu mortalitatea de orice cauză decât PNI la pacienții cu STEMI [8]. Mai multe întrebări apar analizând acest grup de pacienți. Care componentă a comportamentului alimentar are o influență sporită în declanșarea BCI inclusiv care este rolul malnutriției apreciat prin scorurile CONUT și PNI. Sunt necesare studii suplimentare pentru a evalua efectele paternului alimentar, stilului de viață și efectul malnutriției asupra pacienților cu BCI .

## Materiale și metode de cercetare.

S-a efectuat un studiu observațional descriptiv, ce a cuprins o analiză a dosarelor medicale ale pacienților internați în secția de cateterism cardiac în cadrul IMSP Institutul de Cardiologie din Chișinău în perioada octombrie – decembrie 2023 cu diagnosticul de sindrom coronarian acut și cronic, în total au fost examinați 88 de pacienți. Analiza a inclus date precum vârsta, sexul, indicele de masă corporală (IMC) al pacienților și rezultatele de laborator precum profilul lipidic, albumina serică, analiza generală de sânge și evaluarea stării nutriționale. Caracterul paternului alimentar fiind analizat prin intermediul efectuării chestionarelor personale. Starea nutrițională a pacienților s-a calculat după 2 indici: PNI și scorul CONUT. Indicele nutrițional prognostic este calculat după formula  $10 \times \text{albumină serică (g/dL)} + 0,005 \times$

număr de limfocite (per mm<sup>3</sup>) (mai scăzut = mai rău) și se clasifică în 3 categorii PNI scăzut (PNI < 35), PNI mediu (35 ≤ PNI < 38) și PNI înalt (PNI ≥ 38). Scorul CONUT: normal-CONUT (0–1), ușor-CONUT (2–4), moderat-CONUT (5–8) și sever-CONUT (≥9).

### Rezultatele obținute.

În studiu au fost incluși 88 de pacienți, care au fost repartizați în 2 loturi: lotul Nr.1 n=30 de pacienți (34,09%) cu diagnosticul SCA și lotul Nr.2 n=58 de pacienți (65,01%) diagnosticul SCC. Datele demografice sunt reprezentate în *Tabelul 1*.

În baza datelor demografice se determină că numărul bărbaților, în studiu dat, este semnificativ mai mare comparativ cu numărul femeilor, *figura 1*.

Factorii de risc în baza cărora s-au analizat pacienții sunt: HTA, DZ, dislipidemia, obezitatea și tabagismul.

Analiza loturilor a arătat că: n=12 (13,63%) au avut un IMC cuprins între 18,5 și 24,9; n=38 (43,18%) cu un IMC cuprins între 25,0 și 29,9, n= 34 (38,63

%), IMC între 30,0 și 34,9 și n=4 (4,54%) cu IMC > 35,0. A fost evidențiat faptul că pacienții cu un IMC > 29,9, s-au prezentat mai frecvent cu SCA (30,53 ± 3,26 vs. 28,61 ± 4,04, p= 0,009), rezultate similare s-au obținut și la analiza masei corporale (89,6 ± 8,18 kg vs. 83,93 ± 11,85 kg p=0,005).

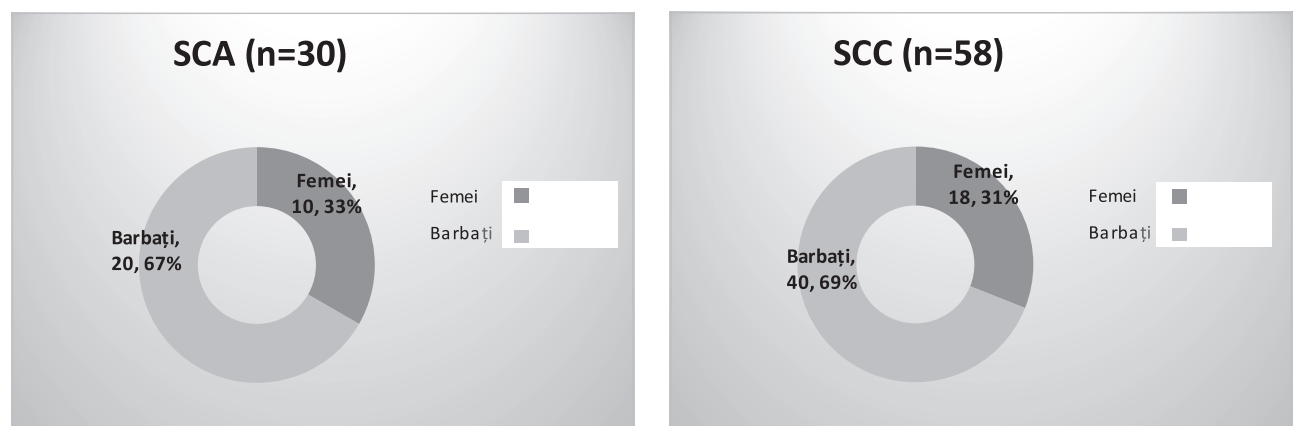
Rata fumătorilor printre pacienții cu SCA a fost semnificativ mai mare, comparativ cu lotul SCC (40,0% vs. 13,79%, p=0,007). Deși în lotul cu SCC s-au determinat mai mulți pacienți cu DZ, nu s-a evidențiat o deosebire semnificativ statistică cu lotul SCA (33,33% vs. 34,48%, p=0,45)

Hipertensiunea arterială se atestă la n=78 (88,64%) de pacienți. Analiza loturilor a evidențiat o diferență semnificativ statistică între pacienții cu SCA vs. SCC (100% vs. 82,75%, p=0,0005). În lotul unu doar n=8 (26,66%) administrează regulat tratamentul antihipertensiv, în al doilea lot administrarea medicației antihipertensive a fost atestată la n=36 (62,06%) de pacienți.

*Tabelul 1.*

**Repartizarea demografică a pacienților în dependență de diagnosticul stabilit.**

Factorii de risc CV	Total n=88	SCA ( n=30 ) (34,09%)	SCC ( n= 58 ) (65,01%)	p.
Vârsta, ani	65,61 ± 8,40	65,27 ± 11,15	65,79 ± 6,83	>0,05
Masa, kg	85,86 ± 10,99	89,6 ± 8,18	83,93 ± 11,85	0,005
IMC, kg/m <sup>2</sup>	29,27 ± 3,87	30,53 ± 3,26	28,61 ± 4,04	0,009
Talia, cm	171,45 ± 6,52	171,53 ± 6,16	171,41 ± 6,81	>0,1



*Figura 1.* Prezentarea pacienților după sex

*Tabelul 2.*

**Repartizarea pacienților conform factorilor de risc**

Factorii de risc CV	Total n=88	SCA ( n=30 )	SCC ( n= 58 )	p.
Tabagismul	20 (22,27%)	12 (40,0%)	8 (13,79%)	0,007
Hipertensiunea	78 (88,64%)	30 (100%)	48 (82,75%)	0,0005
Diabet zaharat	30 (34,01%)	10 (33,33%)	20 (34,48%)	>0,1

Analizând anumiți parametri de laborator, reprezentați în *tabelul 3*, s-a determinat valori crescute ale LDL-C la toți pacienții evaluați ( $3,39 \pm 1,14$  mmol/l), s-a evidențiat valori medii mai mari în lotul SCA vs. SCC ( $3,664 \pm 0,91$  mmol/l vs.  $3,25 \pm 1,23$  mmol/l,  $p = 0,039$ ). Aprecierea trigliceridelor a arătat valori crescute în lotul general de studiu ( $2,00 \pm 0,92$  mmol/l) fără diferență semnificativ statistică între loturi.

Rata pacienților cu malnutriție variază de la 15,91% ( $n = 14$ ; PNI), la 95,45% ( $n = 84$ ; CONUT). Conform scorului CONUT la  $n = 84$  (95,45%) se atestă diferit grad de malnutriție, la  $n = 74$  (84,09%) un grad ușor, la  $n = 10$  (11,36%), grad moderat, *figura*

2. În studiul actual lotul SCA a avut în mediu un scor CONUT mai înalt comparativ cu SCC ( $3,13 \pm 1,38$  vs.  $2,93 \pm 1,32$ ,  $p > 0,05$ ). Conform scorului CONUT, rata de malnutriție în dependență de sex la fel nu a evidențiat deosebire semnificativă statistic ( $2,86 \pm 1,09$  vs.  $3,07 \pm 1,47$ ,  $p = 0,23$ ).

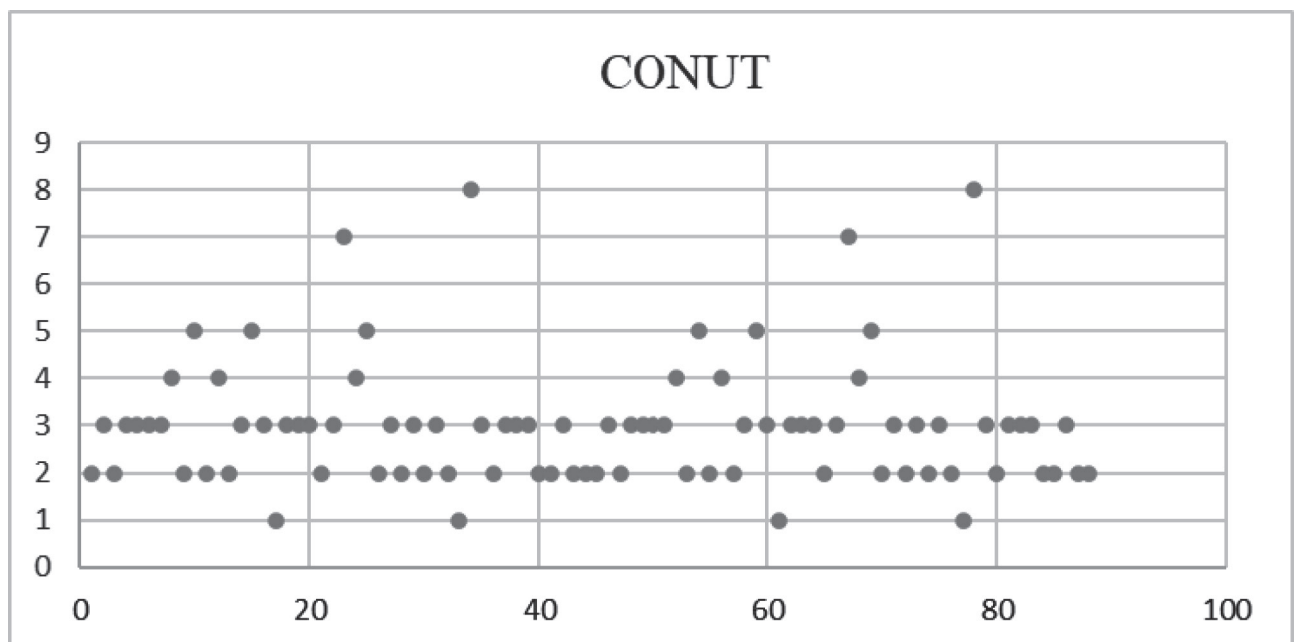
S-a evidențiat o corelație moderată în privința nivelului de albumină, nivelul căreia era de regulă mai scăzut la pacienții cu SCA vs. SCC ( $39,13$  mg/dl  $\pm 5,39$  vs.  $41,73$  mg/dl  $\pm 3,91$ ,  $p = 0,01$ ), corelația similară s-a obținut la analiza nivelului ureei ( $8,09 \pm 3,35$  vs.  $6,56 \pm 1,95$ ,  $p = 0,012$ ).

Analizând consumul de carne se observă că toți cei  $n = 88$  (100%) de pacienți, au menționat că consumă

*Tabelul 3.*

**Prezentarea datelor de laborator a pacienților**

Factorii de risc CV	Total $n=88$	SCA ( $n=30$ ) (34,09%)	SCC ( $n=58$ ) (65,01%)	<i>p.</i>
Limfocite, $\times 10^9/L$	$2,22 \pm 0,56$	$2,30 \pm 0,50$	$2,18 \pm 0,54$	$>0,05$
Albumina, g/dl	$40,84 \pm 4,57$	$39,13 \pm 5,39$	$41,73 \pm 3,91$	0,01
Colesterol total mmol/l	$5,35 \pm 1,27$	$5,74 \pm 1,02$	$5,46 \pm 1,38$	$>0,05$
LDL, mmol/L	$3,39 \pm 1,14$	$3,664 \pm 0,91$	$3,25 \pm 1,23$	0,039
HDL, mmol/L	$1,22 \pm 0,29$	$1,13 \pm 0,26$	$1,28 \pm 0,30$	0,007
LDL/HDL	$2,92 \pm 1,22$	$3,41 \pm 1,14$	$2,67 \pm 1,2$	0,0028
TAG, mmol/L	$2,00 \pm 0,92$	$1,95 \pm 0,92$	$2,03 \pm 0,94$	$>0,05$
Acid uric, mg/dl	$6,10 \pm 1,25$	$6,19 \pm 1,35$	$6,07 \pm 1,22$	$>0,05$
eGFR	$89,44 \pm 20,71$	$84,14 \pm 25,29$	$92,19 \pm 17,84$	0,061
Ureea, mmol/l	$7,08 \pm 2,57$	$8,09 \pm 3,35$	$6,56 \pm 1,95$	0,012



*Figura 2.* Repartizarea grafică a statutului nutrițional utilizând scorul CONUT



carne albă (pui, curcan),  $n=40$  (45,45%) săptămânal și zilnic  $n=24$  (27,27%), iar carnea roșie (vită, porc, oaie, miel) este întrebuițată de  $n=86$  (97,73%), dintre care  $n=12$  (13,64%) consumă zilnic,  $n=44$  (50,00%) săptămânal și  $n=30$  (34,09%) lunar, iar  $n=2$  (2,27%) nu consumă. Utilizarea cărnii procesate (hamburgeri, cârnați, salam, crenvuște, slănină, etc.) se atestă la  $n=80$  (90,91%), dintre care  $n=36$  (38,64%) consumă săptămânal,  $n=30$  (34,09%) lunar, iar  $n=14$  (15,91%) consumă zilnic și  $n=8$  (9,09%), nu întrebuițează.

Deși, s-a constatat că pacienții din grupul SCA mai frecvent consumă carne procesată, (53,3% vs. 51,72%,  $p=0,28$ ) și carne roșie (73,33% vs. 58,62%,  $p=0,082$ ), această diferență nu este semnificativ statistică. Din categoria fast-food/street-food este important de menționat că băuturi îndulcite sunt mai des consumate de grupul SCA vs. SCC (93,33% vs. 34,48%,  $p<0,001$ ), aceleași rezultate sunt obținute și în categoria produselor semifabricate (33,33% vs. 20,68%,  $p=0,1$ ). Analizând consumul de grăsimi precum unt și ulei rafinat, s-a evidențiat faptul că pacienții din lotul SCA mai frecvent întrebuițau aceste produse în alimentația comparativ cu lotul SCC (80,0% vs. 58,62%,  $p=0,017$ ). Privitor la consumul de pește și fructe de mare, la persoanele cu diagnosticul de SCA s-a evidențiat un consum mai mic, comparativ cu lotul SCC (60% vs. 72,41%,  $p=0,13$ ). În studiul actual nu a fost evidențiată diferența între loturi, privind consumul de legume, (100% vs. 72,41%,  $p>0,1$ ), rezultate identice au fost constatate și în segmentul, consumului de fructe, (73,33% vs. 75,86%,  $p>0,1$ ), însă s-a evidențiat faptul că pacienții din lotul SCC mai frecvent utilizau produsele lactate (65,51% vs. 40,0%,  $p=0,01$ ), statistica similară a fost obținută în privința consumului de cereale integrate, unde s-a evidențiat că pacienții din lotul SCA întrebuițau mai puțin de 2 porții de cereale integrale pe zi (93,33% vs. 75,86%,  $p=0,009$ ).

### Discuții.

Factorii de risc joacă un rol important în dezvoltarea patologiei coronariene. Riscul de boală cardiovasculară este reprezentat de acțiunea și consecințele tuturor factorilor de risc, care acționează simultan sau secvențial asupra organismului, favorizând procesul de aterogeneză.

În studiul dat, se determină că rata fumătorilor, printre pacienți cu SCA, a fost semnificativ mai mare comparativ cu SCC (40% vs. 13,79%,  $p=0,007$ ). Fumatul rămâne o problemă cheie de sănătate publică, atât în Europa cât și în lume, fiind un factor de risc CV bine cunoscut. Riscul absolut de a dezvolta o patologie CV, cu o consecință fatală, la 10 ani, este dublu la fumători, comparativ cu nefumători, iar riscul relativ, este de cinci ori mai mare. Deși rata

generală a fumatului a scăzut în mare parte a Europei, ritmul de declin a acestora sau a încetinit sau este în faza de platou [3, 11].

Gradul de obezitate rămâne ridicat în Europa și în UE atât la adulți, cât și la copii, deși ratele variază substanțial de la o țară la alta. Registrul Național de Date Cardiovasculare (National Cardiovascular Data Registry) prezintă o prevalență a obezității la pacienții cu STEMI de 36,2%, iar a supraponderabilității de 74,9%. În studiul nostru se determină că  $n=38$  (43,18%) de pacienți s-au prezentat cu un IMC cuprins între 25,0 și 29,9,  $n=38$  (43,17%) de pacienți cu un IMC >30,0. A fost evidențiat faptul că pacienții cu un IMC > 29,9, s-au prezentat mai frecvent cu SCA ( $30,53 \pm 3,26$  vs.  $28,61 \pm 4,04$ ,  $p=0,009$ ), rezultate similare s-au obținut și la analiza masei corporale ( $89,6 \pm 8,18$  kg vs.  $83,93 \pm 11,85$  kg  $p=0,005$ ). Prevalența diabetului în Europa, este înaltă și continuă să crească rapid în ultimele decenii [3, 11]. Toate manifestările bolilor coronariene, inclusiv infarctul miocardic, se întâlnesc cu o frecvență de cel puțin de 2 ori mai mare la pacienții diabetici comparativ cu non-diabetici. Riscul relativ de IMA este cu 50% mai mare la bărbații diabetici și cu 150% mai mare la femeile cu DZ [1]. În studiul nostru în lotul SCC s-au determinat mai mulți pacienți cu DZ, dar nu s-a evidențiat o deosebire semnificativ statistică cu lotul SCA (33,33 vs. 34,48,  $p=0,45$ ).

Dislipidemia este o cauză majoră de dezvoltare precoce a bolilor coronariene. Unele studii au arătat ca nu doar valorile individuale ale LDL-C și HDL-C sunt markeri importanți ai metabolismului lipidic, dar și raportul LDL/HDL ce reflectă nivelul de oxidare, prezentând un indicator de încredere pentru prezicerea prognosticului pe termen lung la pacienții cu STEMI [9]. Un raport LDL/HDL mai mare de 3,36 a fost asociat cu un risc semnificativ mai mare de IMA [11]. În studiul nostru, am constatat că pacienții cu SCA au avut în mediu un raport LDL/HDL mai mare comparativ cu pacienții cu SCC ( $3,41 \pm 1,14$  vs.  $2,67 \pm 1,2$   $p=0,0028$ ). Conform datelor noastre s-a determinat că dislipidemia este prezentă la toți 88 de pacienți examinați. s-a determinat valori crescute ale LDL-C la toți pacienții evaluați ( $3,39 \pm 1,14$  mmol/l), s-a evidențiat valori medii mai mari în lotul SCA vs. SCC ( $3,664 \pm 0,91$  mmol/l vs.  $3,25 \pm 1,23$  mmol/l,  $p=0,039$ ). Date similare au fost publicate anterior într-un studiu retrospectiv ce a analizat influența factorilor de risc precum dislipidemia și diabet asupra progresiei plăcii aterosclerotice [3]. Aprecierea trigliceridelor a arătat valori crescute în lotul general de studiu ( $2,00 \pm 0,92$  mmol/l) fără diferență semnificativ statistică între loturi. Iar pacienții cu SCA de regulă au avut un nivel de colesterol HDL mai mic comparativ cu

pacienții cu SCC ( $1,13 \pm 0,26$  mmol/l vs.  $1,28 \pm 0,30$  mmol/l,  $p=0,007$ ).

Într-o meta-analiză bazată pe review literar a 14 surse, s-a constatat că un consum mai mare de carne procesată și carne roșie neprocesată este asociat cu un risc crescut de boala cardiovasculară aterosclerotică cu 7% și, respectiv, 3% [14]. S-a constatat că consumul regulat de carne este asociat cu un risc de 70% de a suporta BCI la bărbați și 37% la femei. În studiul nostru se observă că pacienții din grupul SCA mai frecvent consumă carne procesată (53,3% vs. 51,72%  $p=0,28$ ), date similare sunt obținute și pentru carne roșie ( $n=73,33\%$  vs.  $58,62\%$ ,  $p=0,082$ ).

În acest studiu, ca instrument de screening pentru starea nutrițională a pacienților, s-a utilizat 2 sisteme de scor (PNI și CONUT), care în literatura de specialitate rămân a fi predictorii buni pentru evaluarea prognosticului la pacienți cu BCI. Similar rezultatului nostru, în literatură s-a raportat că prevalența malnutriției la pacienți cu SCA variază în funcție de scorul aplicat, de la 9,1% pentru PNI până la 50% pentru CONUT [9]. Malnutriția apreciată prin scorul de control al stării nutriționale (CONUT), pare a fi un predictor independent al mortalității de toate cauzele și MACE mai important decât scorul PNI.

### Concluzii.

La pacienții cu boală coronariană ischemică predomină mai frecvent obezitatea, dislipidemia, hipertensiunea arterială, consumul frecvent de carne roșie și procesată, consumul rar de pește. Comparând loturile de studiu, sa determinat că mai susceptibili de a suporta SCA sunt bărbații, supraponderali sau cu obezitate, hipertensivi, fumători, cu un HDL colesterol scăzut și un LDL colesterol crescut. Preferințele alimentare a pacienților cu SCA sunt consumul sporit de produse semifabricate, grăsimi vegetale și animaliere, băuturi îndulcite și un consum scăzut de cereale integrale.

Starea nutrițională evaluată prin scorul de control al stării nutriționale (CONUT) a fost mai frecvent crescută la pacienții cu SCA. Screeningul pacienților cu BCI pentru malnutriție utilizând scorul CONUT ar putea ajuta la identificarea persoanelor cu risc crescut, de a dezvolta SCA.

### Bibliografie.

1. H. Tada, M. Takamura, and M. A. Kawashiri, *The Effect of Diet on Cardiovascular Disease*, Heart Disease, and Blood Vessels, Nutrients, vol. 14, no. 2. MDPI, Jan. 01, 2022. doi: 10.3390/nu14020246.
2. R. A. Byrne et al., 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes, Eur Heart J, vol. 44, no. 38, pp. 3720–3826, Oct. 2023, doi: 10.1093/eurheartj/ehad191.
3. M. Abraş et al *Predictor of atherosclerotic plaque progression in patients with non-obstructive coronary artery disease* J Atherosclerosis, vol 331, pp. e154, 2021, doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2021.06.465.
4. E. Gholizadeh, P. Ayremlou, and S. N. Saeidlou, *The association between dietary pattern and coronary artery disease: A case-control study*, J Cardiovasc Thorac Res, vol. 12, no. 4, pp. 294–302, 2020, doi: 10.34172/JCVTR.2020.48.
5. E. Gholizadeh, P. Ayremlou, and S. N. Saeidlou, *The association between dietary pattern and coronary artery disease: A case-control study*, J Cardiovasc Thorac Res, vol. 12, no. 4, pp. 294–302, 2020, doi: 10.34172/JCVTR.2020.48.
6. W. T. Chang et al., *Association of prognostic nutritional index with long-term mortality in patients receiving percutaneous coronary intervention for acute coronary syndrome: a meta-analysis*, Sci Rep, vol. 13, no. 1, Dec. 2023, doi: 10.1038/s41598-023-40312-4.
7. S. H. Kang et al., *Prevalence and prognostic significance of malnutrition in patients with acute coronary syndrome treated with percutaneous coronary intervention*, Medicine (United States), vol. 101, no. 34, p. E30100, Aug. 2022, doi: 10.1097/MD.00000000000030100.
8. G. Basta et al., *The prognostic impact of objective nutritional indices in elderly patients with ST-elevation myocardial infarction undergoing primary coronary intervention*, Int J Cardiol, vol. 221, pp. 987–992, Oct. 2016, doi: 10.1016/j.ijcard.2016.07.039.
9. G. Arero, A. G. Arero, S. H. Mohammed, and A. Vasheghani-Farahani, *Prognostic Potential of the Controlling Nutritional Status (CONUT) Score in Predicting All-Cause Mortality and Major Adverse Cardiovascular Events in Patients With Coronary Artery Disease: A Meta-Analysis*, Frontiers in Nutrition, vol. 9. Frontiers Media S.A., May 09, 2022. doi: 10.3389/fnut.2022.850641.
10. S. Bodén et al., *Dietary inflammatory index and risk of first myocardial infarction; a prospective population-based study*, Nutr J, vol. 16, no. 1, Apr. 2017, doi: 10.1186/s12937-017-0243-8.
11. A. Timmis et al., *European society of cardiology: Cardiovascular disease statistics 2019*, Eur Heart J, vol. 41, no. 1, pp. 12–85, Jan. 2020, doi: 10.1093/eurheartj/ehz859.
12. M. Abraş et al., “Factorii de risc și detectările angiografice la pacienții cu sindrom coronarian acut.” Buletinul Academiei de Științe. Științe Medicale. Numărul 2 (51) 2016 Pag 107-11
13. T. Li et al., *Association of prognostic nutritional index level and diabetes status with the prognosis of coronary artery disease: a cohort study*, Diabetol Metab Syndr, vol. 15, no. 1, Dec. 2023, doi: 10.1186/s13098-023-01019-8.
14. R. Micha, G. Michas, and D. Mozaffarian, “Unprocessed red and processed meats and risk of coronary artery disease and type 2 diabetes - An updated review of the evidence,” Current Atherosclerosis Reports, vol. 14, no. 6. pp. 515–524, Dec. 2012. doi: 10.1007/s11883-012-0282-8.