

Få medisinske temaer engasjerer så sterkt og skaper så mye debatt som sammenhengen mellom kosthold og helse. Er en type kost riktig eller farlig for alle – eller må kostholdsrådene tilpasses individuelt?

Lavfett, høyfett eller ett fett?

Meningene er mange om hva og hvordan vi bør spise. Myndighetenes kostråd (1) er ikke lenger enerådende; bøker, blogger, avisoppslag og TV-programmer promoterer ulike kosthold og dietter som skal kurere overvekt og andre helseplager. Et av de mest omdiskuterte kostalternativene de siste årene har vært de såkalte lavkarbokostholdene, der karbohydratinholdet reduseres i større eller mindre grad. Diskusjonen har ofte vært upresis da man diskuterer lavkarbokost per se, og ikke beskriver hva man erstatter karbohydratene med, og hva slags og hvor mye karbohydrater som byttes ut. Det er betydelig forskjell på om man velger umettet fett, mettet fett, animalsk eller vegetabilsk protein, og også om det kuttes ned på frukt og grønt eller hvitt sukker. Nyere kunnskapsoppsummeringer har vist at lavfett- og lavkarbokosthold i gjennomsnitt gir like stor effekt på vekttag og nokså lik effekt på metabolske risikofaktorer i vektreduserende fase (2).

Mange har uttrykt bekymring for langtidsvirkningene av lavkarbokosthold i vektstabiliserende fase, spesielt med tanke på ugunstig lipidutvikling og økt risiko for hjerte- og karsykdom. I tillegg er karbohydratholdige matvarer en viktig, og ofte den eneste kilden til fiber, vitaminer, mineraler og antioksidanter. I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Monica Baumann og medarbeidere en liten, men interessant, klinisk intervensjonsstudie av hvordan lavkarbokosthold påvirket lipidprofilen hos friske, normalvektige kvinner (3). Sju unge ernæringsstudenter erstattet karbohydratinholdet i kosten med fett eller protein etter eget valg i fire uker, og dette førte til statistisk og klinisk signifikant økning i total- og LDL-kolesterol. Hos noen av deltakerne økte kolesterolnivået dramatisk, og hvis dette vedvarer over tid, vil med høy sannsynlighet risikoen for hjerte- og karhendelser øke (4). Funnene er forenlige med en studie som prospektivt fulgte mer enn 40 000 svenske kvinner i 15 år, der man fant en sammenheng mellom lavt karbohydratinntak og økt forekomst av hjerte- og karsykdom (5). Vi mangler gode randomiserte langtidsstudier av de ulike kostholdsvariantene med harde endepunkter, som forekomst av hjertesykdom og mortalitet. PREDIMED-studien, en spansk randomisert intervensjonsstudie av ulike typer middelhavskosthold, viste at det er mulig å gjennomføre store ernæringsintervensjonsstudier over tid og at kostholdsending kan redusere forekomsten av hjerte- og karsykdom (6). Slike studier behøves også for lavkarbokosthold før vi kan anbefale bruk over tid.

I Baumann og medarbeideres studie var forsøkspersonene unge og slanke/normalvektige kvinner. Resultatene er ikke uten videre overførbare til en overvektig, middelaldrende befolkning. I en oversiktsartikkel diskuterer Flock og medarbeidere hvordan den lipid-senkende effekten av lavfettkosthold med redusert inntak av mettet fett og kolesterol, påvirkes av fedme (7). Ved tradisjonelle lavfettkosthold forventes en gunstig effekt på lipidprofilen med reduksjon av LDL- og total-kolesterol. Studier har imidlertid vist at overvektige personer i mindre grad enn normalvektige oppnår den ønskede lipideffekten, og det spekuleres i om dette skyldes økt kolesterol-syntese i lever, redusert uttrykk av LDL-reseptorer og dermed redusert LDL-opptak (6). Det er mulig at grad av overvekt også kan påvirke lipidomsetningen ved lavkarbokosthold.

Det er imidlertid interessant å merke seg at blant ernæringsstudentene var den individuelle variasjonen i kolesterolendring stor, fra nær uendret nivå til en klinisk betydningsfull økning av LDL- og totalkolesterolkonsentrasjon. Mulig forklaringer kan være ulikt inntak av mettet fett i studieperioden eller genetiske forskjeller i hvordan de ulike næringsstoffene omsettes i kroppen. Internasjonalt er det nå stor interesse for hvordan genetiske variasjoner kan påvirke effekten av ulike kosthold, såkalt «nutrigenomics». Dette kan ha betydning for hvordan vi tenker om forebygging av sykdom og sammenhengen mellom mat og helse. Kanskje inneholder fremtiden skreddersydd ernæringsterapi der genetisk bakgrunn er del av grunnlaget for å gi kostråd (8). Dette konseptet er faktisk allerede under utprøving i EU-prosjektet Food4Me (9).

Andelen overvektige i befolkningen er fremdeles stigende, og mange er til enhver tid på slankekur eller på jakt etter en løsning for sitt vektproblem. Norske leger bør kunne diskutere fordeler og ulemper ved ulike kosthold med sine pasienter basert på tilgjengelig vitenskapelige fakta og individuelle trekk ved og preferanser hos pasienten. Det er viktig å skille mellom kosthold for å gå ned i vekt og kosthold man skal leve (lenge) med. I en vektreduserende fase, som i studiene typisk er fra seks måneder til ett år, kan det være flere likeverdige alternativer, men man bør avstå fra ekstremvarianter og følge med på metabolske risikofaktorer.

Hanne Løvdal Gulseth
h.l.gulseth@medisin.uio.no

Hanne Løvdal Gulseth (f.1976) er forsker og lege ved Avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin ved Oslo universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer. Oslo: Helsedirektoratet, 2011.
2. Hu T, Mills KT, Yao L et al. Effects of low-carbohydrate diets versus low-fat diets on metabolic risk factors: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Am J Epidemiol* 2012; 176 (suppl 7): S44–54.
3. Baumann M, Espeland MZ, Kværner AS et al. Lipidprofil ved lavkarbokosthold hos friske. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 1193–6.
4. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 937–52.
5. Lagiou P, Sandin S, Lof M et al. Low carbohydrate-high protein diet and incidence of cardiovascular diseases in Swedish women: prospective cohort study. *BMJ* 2012; 344: e4026.
6. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med* 2013; 368: 1279–90.
7. Flock MR, Green MH, Kris-Etherton PM. Effects of adiposity on plasma lipid response to reductions in dietary saturated fatty acids and cholesterol. *Adv Nutr* 2011; 2: 261–74.
8. Phillips CM. Nutrigenetics and metabolic disease: current status and implications for personalised nutrition. *Nutrients* 2013; 5: 32–57.
9. Personalised nutrition: an integrated analysis of opportunities and challenges. www.food4me.org (16.4.2013).