

Slutreplik

Stöd i litteraturen för GI-modellen som kostråd till högriskindivider



JENNIFER TERRY, master of public health, registered dietitian, clinical manager, metabolic dietitian, Division of Medical Genetics, Department of Human Genetics, Emory University, Atlanta, Georgia, USA
JTerry@genetics.emory.edu

PAUL TERRY, PhD, master of public health, epidemiolog, institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik, Karolinska institutet, Stockholm

Glykemiskt index (GI) och glykemisk belastning (GL) har varit svårt att studera i relation till sjukdom. Signy Reynisdottir berör flera frågeställningar, såsom variation i beräknade GI-värden, bristande noggrannhet i kostanalys, blandningen av livsmedel i magen (som därmed kan komma att ändra deras GI-värden), och det faktum att många av studierna är små och kortsiktiga. Emellertid anses dessa begränsningar vara av det slag som tenderar att maskera en sann positiv association. Därför bör de i litteraturen återkommande sambanden mellan GI/GL och sjukdomsrisk hos utsatta individer uppmärksammas. De individer som är mest utsatta för kostens glykemiska effekter är överviktiga, fysiskt inaktiva, diabetiker och prediabetiker. Eftersom dessa individer generellt kräver större klinisk uppmärksamhet för att undvika allvarliga följder av sjukdom vore det rimligt att inkludera en grov uppskattning av GL i den ordinarie kostanmäsen och att kostråden till högriskindivider anpassas till att sänka GI/GL när det anses befogat.

Signy Reynisdottir har beskrivit de motsägelsefulla studieresultaten vad gäller GL och ett flertal sjukdomar. Det är därför intressant att uppmärksamma slutsatser från en översiktsartikel vad gäller GL och utveckling av typ 2-diabetes och hjärt-kärlsjukdom: »Studier som först framstår som motsägelsefulla är faktiskt överensstämmande när alla data är sammanlagda. En kost med ett GL >120 glukosekvivalenter dagligen är inte tillrådligt« [1]. En annan ny översiktsartikel drar slutsatsen: »Studieresultaten antyder att en sedvanlig kost med ett högt GI inte är optimal, speciellt för insulinresistenta individer. Eftersom var fjärde vuxen har försämrad postprandial glukosreglering bör de glykemiska effekterna av kolhydrater undersökas vidare vad gäller förebyggande av hjärt-kärlsjukdom« [2]. Vi instämmer. Det är rimligt att klinisk rådgivning vad gäller GI är mest lämpad för individer med ett väldigt högt GL. Signy Reynisdottir påpekar själv att det är individer med det högsta GL som har den tydligaste ökade risken för kronisk sjukdom i epidemiologiska studier.

Hon ifrågasätter om forskare känner till de mekanismer genom vilka GI och GL påverkar risken för sjukdom såsom obesitas. För att använda hennes exempel: Bidrar GI till att bibehålla mättnad, eller är GI endast ett krångligt surrogatmätt för fibrers insulinsänkande effekt? Faktum är att dessa två mekanismer är relaterade till varandra, och båda möjligheterna har länge varit associerade med GI. (Vi undersöker fortfarande olika effekter av tobaksrökning, men rekommenderar ändå rökare att sluta röka.) De mer relevanta frågorna är om GI och GL är användbara mått på kostkvalitet och om dessa koncept kan vara

av värde för kliniker i att förebygga kronisk sjukdom hos deras högriskpatienter.

Vi samtycker till att koncepten GI och GL kanske är olämpliga som generaliserade budskap till allmänheten. Till exempel påpekar Signy Reynisdottir att en alltför strikt vidhållning av GI-konceptet kan avskräcka individer från att äta näringsrika kokta morötter, om man inte förstått att GL för morötter i de flesta måltider är lågt. Men å andra sidan kan ett relativt högt GI för apelsinjuice lätt komma att bli ett högt GL, vilket är användbar information för prediabetiker, speciellt de som normalt konsumerar mycket juice. Vi instämmer därför i att GI-konceptet bör begränsas till livsmedel med ett högre kolhydratinnehåll.

Att använda GI och GL i praktiken behöver inte vara komplicerat. Till exempel: »Herr Johansson, din kost innehåller mycket vitt bröd, potatis och pommes frites. Med tanke på att du har förhöjda fasteglukosnivåer kan du kanske tänka dig att byta ut en del av dessa livsmedel mot fullkornsbröd, frukt och grönsaker. Det är inte en garanti, men dessa förändringar kan bidra till att bibehålla en god hälsa.«

Som vi nämnde i vår artikel är denna typ av rekommendationer i linje med rådande kostrekommendationer. Till exempel skulle ovanstående råd sannolikt resultera i ett större intag av olika antioxidanter, mineraler och fibrer samt sänka intaget av mättat fett och kalorier. I detta sammanhang finner vi Signy Reynisdottirs exempel, där hon väljer en lunch bestående av pommes frites och mjölk baserad på ett lågt GL, en smula förvrängt, fast vi måste erkänna att vi fann det roande. Men det är nästan som att föreslå att tallriksmodellen kan missbrukas av individer som äter måltider på ovanligt stora tallrikar.

Sammanfattningsvis ser vi en ökande mängd litteratur som stärker den potentiella relevansen av GI och GL i förebyggandet av vissa kroniska sjukdomar hos högriskindivider. Sjukvårdspersonal kan vilja sätta sig in i dessa koncept och överväga deras potentiella användning för patienter då livsstilsförändringar diskuteras.

REFERENSER

1. Livesey G. Low-glycaemic diets and health: implications for obesity. *Proc Nutr Soc* 2005;64:105-13.
2. Dickinson S, Brand-Miller J. Glycemic index, postprandial glycemia and cardiovascular disease. *Current Opinion in Lipidology* 2005;16:69-75.