

Značaj ishrane u sekundarnoj prevenciji i rehabilitaciji koronarne bolesti

Maja Nikolić

Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, Institut za javno zdravlje u Nišu

Sažetak

Osobe sa potvrđenom dijagnozom koronarne bolesti zahtevaju dugotrajno lečenje koje, pored upotrebe lekova za sekundarnu prevenciju, obuhvata modifikaciju faktora rizika, promenu stila života i odgovarajuću ishranu. Cilj ovog preglednog rada je predstavljanje dosadašnjih naučno potvrđenih činjenica o različitim činiocima ishrane u sekundarnoj prevenciji i rehabilitaciji koronarne bolesti. Posebno su analizirani dokazi o efektima različitih makronutrijenata, kao i mediteranske ishrane u sekundarnoj prevenciji koronarne bolesti. Preporučuje se strategija za zamenu zasićenih masti nezasićenim masnim kiselinama i ugljenim hidratima. Unos transmasti treba smanjiti, kao i unos soli. Edukaciju pacijenta treba usmeriti na celokupnu ishranu, a ne samo na pojedinačne namirnice, posebno samo one koje treba ograničiti. Odgovornost za pravilnu ishranu u sekundarnoj prevenciji KB pacijenata dele pojedinac, zdravstvena služba, porodica i društvo.

Zbog velikog socijalno-medicinskog značaja koronarne bolesti (KB), mnogobrojna istraživanja u svetu i kod nas bila su usmerena na sprečavanje, rano otkrivanje ili suzbijanje nekog od preko 200 poznatih faktora rizika za aterosklerozu.

Ishrana bitno utiče na mnoge od promenljivih faktora rizika za KB,¹⁻³ tako da Svetska zdravstvena organizacija (SZO) i druge međunarodne i nacionalne organizacije ulažu velike napore kako bi promovisale poželjan način ishrane i stil života kod što većeg broja ljudi i time smanjile opterećenje zdravstvenih službi. Preporuke za pravilnu ishranu (smernice, vodiči) neprestano se menjaju i usklađuju sa najnovijim naučnim saznanjima i karakteristikama i uslovima života lokalnog stanovništva. Zdravstveni radnici imaju odlučujuću ulogu u formiranju pravilnih i izmeni usvojenih nepravilnih stavova i navika u ishrani.

U novije vreme pažnja se usmerava na značaj ishrane u sekundarnoj prevenciji KB, koja obuhvata i mere primordijalnog i primarnog nivoa. Naime, sekundarna prevencija KB koja je usmerena na usporavanje napredovanja i sprečavanja recidiva, pored primene odgovarajuće medikamentozne terapije, uključuje obavezno i promenu stila života, tj. simultano delovanje na više faktora rizika (prestanak pušenja, redovno sprovođenje aerobne fizičke aktivnosti, odgovarajuća ishrana i prevencija stresa). Sve aktuelne smernice relevantnih udruženja i institucija za sekundarnu prevenciju KB insistiraju na ovome, ali je praksa često drugačija. Ispitivanje sprovedeno među 754 slučajno odabrana lekara primarne zdravstvene zaštite iz pet zemalja EU je pokazalo je da oni smatraju da se preporuke za sekundarnu prevenciju koronarne bolesti adekvatno primenjuju kod samo 18% pacijenata.⁴ Evropsko udruženje kardiologa je dokazalo da većina koronarnih pacijenata neadekvatno usvaja mere prevencije i nastav-

lja sa nezdravim stilovima života, tako da se standardi prevencije u kardiologiji moraju efikasnije sprovoditi.⁵ Iako dobijaju informacije u vezi pravilne ishrane, pacijenti sa KB doživljavaju izmene u ishrani uglavnom kao zabrane i ne pridržavaju se dobijenih saveta.⁶

U Srbiji je situacija, verovatno, još složenija budući da nacionalna ishrana ne prati usvojene smernice o pravilnoj ishrani, već sadrži previše masti, posebno zasićenih i holesterola, kao i natrijuma, a nedovoljno sadrži dijetna vlakna, kalcijum, gvožđe, polinezasićene masne kiseline i vitamin A.⁷

Pojedini sastojci hrane imaju poseban značaj u sekundarnoj prevenciji i rehabilitaciji KB, posebno oni kojima se pripisuju osobine snižavanja ili podizanja nivoa holesterola u krvi, a uz to i odgovarajući uticaj na dislipidemije i aterogenezu. Do sada su naviše ispitivane masti i ulja koji, zavisno od porekla i načina pripreme, imaju različite efekte na serumske lipoproteine. Masnoće koje sadrže dosta zasićenih masnih kiselina (maslac, loj, kokosovo ulje, palmino ulje) dovode do povećanja količine LDL-holesterola u krvi. U svetu se u poslednje dve decenije potrošnja palminoga ulja povećala, a potrošnja sojinog ulja smanjila. Međutim, nemaju sve zasićene masne kiseline podjednake uticaje na koncentraciju holesterola u krvi - npr. palmitinska i miristinska kiselina povećavaju aterogeni LDL-holesterol mnogo više u odnosu na stearinsku koja u organizmu brzo prelazi u nezasićenu oleinsku kiselinu čime se objašnjava činjenica da osobe koje jedu relativno često svinjetinu i druge namirnice sa mnogo stearinske kiseline imaju niže koncentracije holesterola u krvi nego što bi se to očekivalo. S druge strane, oni koji jedu mnogo butera, pavlake, punomasnog mleka i mlečnih proizvoda značajno povećavaju rizik od ateroskleroze.

Zamenom zasićenih masti u ishrani uljima sa jednostruko nezasićenom oleinskom kiselinom, koje ima u

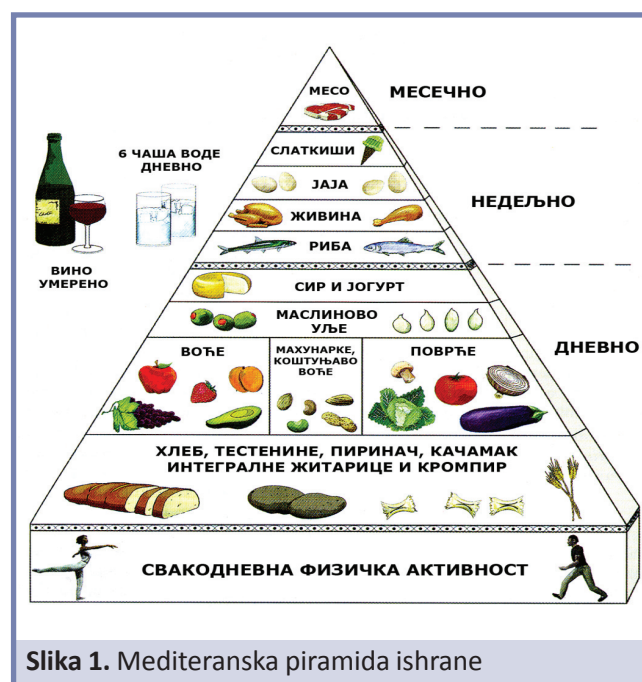
maslinovom ulju (56-84%) i ulju repice, kao i sa uljima gde ima višestruko nezasićene linolne kiseline (kukuruzno, sojino, ulje pšeničnih klica) snižava se značajno holesterol u krvi.⁸ Progresija koronarne bolesti je sporija kod pacijenata koji su bili na ishrani sa smanjenim sadržajem masti u odnosu na kontrolnu grupu.⁹

Prema mnogim saznanjima, mediteranska ishrana (slika 1) se danas smatra najzdravijim načinom ishrane u pogledu prevencije masovnih nezaraznih bolesti. Iako ima manje dokaza nego za primarnu prevenciju, potvrđeno je da mediteranska ishrana značajno smanjuje kardiovaskularnu smrtnost kod KB, pre svega zbog povoljnih efekata na lipoproteine u krvi.¹⁰⁻¹³ U ispitivanju 605 pacijenata koje je trajalo 46 meseci utvrđeno je da mediteranska ishrana nakon preležanog infarkta miokarda značajno smanjuje rizik od umiranja.¹¹ U drugoj studiji¹² koja je obuhvatila 1003 pacijenata nakon preležanog infarkta miokarda, u trajanju od godinu dana, mediteranska ishrana dovela je do snižavanja nivoa markera zapaljenja (CRP, IL-6). Nedoumice koje ostaju u sekundarnoj prevenciji KB su kolika je prenosivost prednosti mediteranske ishrane, koja je neosporno dokazana u primordijarnoj i primarnoj prevenciji kardiovaskularnih bolesti, na osobe koji ne žive oko Mediterana i hranili su se na drugačiji način pre preležanog infarkta miokarda, kao i održivost prednosti kod pacijenata koji imaju koronarnu bolest i paralelno delovanje drugih terapijskih mera.

Tradicionalna mediteranska ishrana zasniva se na navikama ljudi sa Krita, Grčke i južne Italije šezdesetih godina XX veka, a varijacije ishrane postoje i u drugim delovima Mediterana sa tradicionalnim gajenjem maslina. Ova ishrana podrazumeva nizak unos zasićenih masnih kiselina koje su zamenjene nezasićenim (prevažno mononezasićenim) masnim kiselinama i obilan unos voća, povrća i integralnih žitarica. Riba, živinsko meso i jaja koriste se naizmenično u toku nedelje, stim da prednjače riba i morski proizvodi, a crveno meso retko, praktično jednom do dva puta mesečno. Redovno se uzimaju umerene količine vina uz obrok.

Obolelim od KB treba preporučiti izbegavanje margarina ili sličnih namaza koji sadrže veće količine transmasnih kiselina, odnosno sve one na kojima nije navedeno da ih sadrže u količini ispod 2%, a i njih treba uzimati što manje. Transmasne kiseline nastaju hidrogenacijom, odnosno postupkom stvrdnjavanja ulja u prehrambenoj industriji, a nastaju i grejanjem, odnosno prženjem ulja i nalaze se u većoj količini u mnogim industrijski proizvedenim kolačima, keksu, krekerima, brzoz hrani, grickalicama i polugotovim namirnicama. One značajno povećavaju količinu aterogenog LDL-holesterola, a izgleda i aterogenog lipoproteina u krvi. Ukoliko se konzumiraju u većim količinama, snižavaju zaštitni HDL-holesterol, dok na trigliceride, izgleda, ne deluju.¹⁴

Dokazano je, takođe, da esencijalne (omega-3 i omega-6) masne kiseline kojima obiluju riba i morski proizvodi dovode do sniženja povišenog krvnog pritiska i nivoa holesterola u krvi i sprečavaju agregaciju trombocita,¹⁵ a to je veoma bitno u sekundarnoj prevenciji KB. Alfa-linolna kiselina (n-3 masna kiselina) je glavni sastojak većine biljnih ulja, npr. sojinoga ulja, ulja od suncokretovih se-



menki i ulja od kukuruznih klica. Iako njeni efekti nisu jednaki onima iz riba, ona ima povoljne učinke na arterijski pritisak i deluje antitrombogeno.¹⁶ Omega-3 masne kiseline u dozama od 2 do 4 g/dan snižavaju trigliceride za 25-30%, ukupni holesterol se ne menja, ali se donekle snižava aterogeni Lp(a) u krvi.¹⁵ Omega-3 masne kiseline u dozi od 1 g na dan u bolesnika sa preležanim infarktom miokarda značajno smanjuju ukupnu smrtnost i rizik od iznenadne smrti zbog aritmije.¹⁶ Kombinacija omega-3 masnih kiselina i taurina, kojeg ima mnogo u morskim mekušcima, pokazuje čak jače antiaterogene efekte od samih omega-3 masnih kiselina.¹⁷

Prema još nepotpunim dokazima, ugljeni hidrati se danas smatraju činiocima koji utiču na rizik obolevanja od ishemijske bolesti srca. U SAD-u 5 glavnih izvora ugljenih hidrata u ishrani stanovništva su beli hleb, bezalkoholni napici, različite vrste keksa, beli šećer/sirupi/džemovi i krompir. U ishrani našeg stanovništva, takođe, na prvom mestu su proizvodi od belog brašna. Osim količine, važna je i vrsta unetih ugljenih hidrata. Dugogodišnja izloženost visokom glikemijskom opterećenju, kao pokazatelju kvaliteta ugljenih hidrata koji se unose putem hrane u organizam, nepovoljno utiče na zdravlje i predstavlja faktor rizika za nastajanje ishemijske bolesti srca.¹⁸

U sklopu ugljenih hidrata proučavano je delovanje dijetnih vlakana na faktore rizika za KB. Biljna vlakna iz hrane mogu biti nerastvorljiva u vodi, kao celuloza i lignin, koja, izgleda, nemaju uticaj na koncentracije lipida u krvi i koja su rastvorljiva u tankom crevu i utiču na koncentraciju serumskih lipoproteina, posebno holesterola, kao i na neke druge činioce važne u aterogenezi, npr. sistem koagulacije krvi. Uzimanjem 2-10 g vlakana na dan može se u proseku smanjiti koncentracija LDL-holesterola u krvi za 0.57 mmol/l na gram konzumiranih vlakana.¹⁹

Namirnice biljnog porekla koje treba da čine osnovu ishrane su visoke prehrambene gustine što se tiče ugljenih hidrata i posebno dijetnih vlakana. Preporučuje se svakodnevna upotreba različitih žitarica i to pre svega integralnih, kao i njihovih proizvoda u količini od 6 porcija

dnevno, svakodnevna upotreba raznovrsnih namirnica iz grupe voća (najmanje 2 porcije dnevno) i povrća (3 porcije dnevno, od čega su jedna trećina tamnozeleno ili narandžasto povrće), kao i upotreba namirnica sa ograničenim sadržajem šećera. Tokom pripreme hrane u prehrambenoj industriji dodaje se šećer, te je pažljivo proučavanje deklaracije veoma važno (npr. jabuka sadrži isključivo prirodne šećere, konzerva kompotu od jabuka 10 do 15 g dodatog šećera, a komad pite od jabuke 30 g dodatog šećera). Hrana današnjice ima veliku energetske gustinu i malu nutritivnu gustinu, zato što je dobijena odgovarajućim tehnološkim postupkom kojim su smanjeni količina dijetnih vlakana i mikronutrijenata i sadrži veliku količinu masti, rafiniranog šećera, skroba i malo vode.

Mnoge studije su dokazale da česta upotreba voća i povrća može smanjiti rizik umiranja od IBS od 6 do 22 %.²⁰⁻²³ Prema američkim istraživačima, svakodnevni unos tri jabuke signifikantno smanjuje rizik umiranja od bolesti srca, budući da jabuke i drugo voće snižavaju nivo holesterola u krvi i na taj način preveniraju kardiovaskularne bolesti.²⁰ Kardioprotektivno dejstvo voća i povrća delimično se može objasniti sadržajem antioksidanata, kalijuma, dijetnih vlakana i folata kojima obiluju ove namirnice, kao i flavonoidima, fitatima, likopenom, karotenoidima i drugim fitohemikalijama.

Raznovrsna, umerena i po količini dovoljna ishrana je neophodna za zdravlje i u sekundarnoj prevenciji KB nema alternativu. Treba savetovati pacijente da jedu po sistemu duginih boja i da im tanjir što češće izgleda kao kutija drvenih bojica.

Istraživači su se bavili i mnogim drugim pojedinačnim nutrijentima u vezi sekundarne prevencije KB.²⁴⁻²⁸ Od koristi je povećati unos antioksidanata: vitamina C, flavonoida itd. koji se nalaze u namirnicama kao što je beli luk, noćurak, raž, crna čokolada, čaj, sok od grožđa i dr. Takođe, crveni pirinač (kvalitetan beli pirinač, podvrgnut fermentaciji gljivicama) sadrži izoflavone sa antioksidativnim osobinama, sterole i čitav niz sastojaka koji sprečavaju apsorpciju holesterola u crevima. Ekstrakt ove namirnice vrlo je bogat raznim metabolitima - monakolinima, koji su prirodni inhibitori enzima odgovornog za sintezu holesterola, a najaktivniji je Monacolin K (mevinolin ili lovastatin), inhibitor HMG - CoA reduktaze. Naravno, borba protiv povišenog krvnog pritiska i gojaznosti u sekundarnoj prevenciji obuhvata i ciljanu odgovarajuću ishranu.

Buduća istraživanja treba usmeriti na ulogu genetskih faktora u modulaciji povezanosti nutrijenata i koronarne bolesti. Dokazano je da osobe sa ApoE genom koje imaju apoE4 alel najbolje reaguju na ishranu sa malo holesterola u smislu snižavanja ukupnog holesterola. ApoA1 gen odgovoran je za nivo HDL-holesterola, nosioci G alela na povećan unos polinezasićenih masnih kiselina reaguju skokom HDL, a nosioci A alela na isto povećanje unosa reaguju sniženjem HDL-holesterola.²⁹ Poznato je da su neki hromozomi odgovorni za ukupan energetske unos, a drugi za unos masti. U budućnosti treba insistirati na što pažljivije dizajniranim studijama, kao i na pojedinačnom ispitivanju faktora ishrane uz kontrolu drugih faktore stila života koji se primenjuju u programima za sekundarnu prevenciju KB.

Usvajanje odgovarajućeg načina ishrane ne daje neželjene efekte, nije skupo, a efikasno je. Međutim, zahteva veliki trud lekara i drugih zdravstvenih radnika, brojne razgovore s bolesnikom uz davanje detaljnih uputstava o načinu pripremanja hrane (npr. treba izbegavati načine pripreme pri kojima se namirnice natope mastima, kao što su pohovanje i prženje, a podsticati konzumiranje kuvane hrane ili pripremljene u posuđu koje ne zahteva masnoće), podsticanje motivacije kod pacijenta da istraje i multidisciplinarni pristup. Promene su spore i izuzetno je važna podrška iz pacijentove najbliže okoline. Propisivanja individualnog jelovnika treba da radi samo stručnjak za ishranu, a davanje saveta u vezi ishrane svi zdravstveni radnici.

Zaključak

Strategije zasnovane na dokazima koji smanjuju kardiovaskularne događaje kod osoba sa KB podrazumevaju smanjenje zasićenih masti u ishrani i njihovu zamenu nezasićenim. Osobe sa preležanim infarktom miokarda mogu postići značajne prednosti prihvatanjem mediteranskog tipa ishrane i povećanjem unosa omega-3 masnih kiselina. Mediteranska ishrana se može preporučiti u sekundarnoj prevenciji koronarne bolesti, a edukaciju pacijenta treba usmeriti na celokupnu ishranu, a ne samo na pojedinačne namirnice, posebno ne na one koje treba ograničiti. Nema sistematski preglednih dokaza o upotrebi antioksidantnih vitamina kao suplemenata, kao ni ishrane sa niskim glikemijskim indeksom kod obolelih od KB. Ishrana bogata raznovrsnim voćem i povrćem, posebno mahunarkama, ribom i živinskim mesom umesto crvenog mesa, kao i integralnim žitaricama uz redovnu upotrebu maslinovog ulja kao glavnog izvora masnoća i manjim unosom soli bi se svakako mogla preporučiti za smanjenje rizika od kardiovaskularnih bolesti. Svakodnevno i dugoročno razvijanje poželjnih navika u ishrani radi produženja života obolelih i visokorizičnih pacijenata obećava mnogo više od kratkotrajnih dijeta. Odgovornost za pravilnu ishranu pacijenata dele pojedinac, društvo, porodica i zdravstvena služba.

Literatura

1. Scarborough P, Morgan RD, Webster P, Rayner M. Differences in coronary heart disease, stroke and cancer mortality rates between England, Wales, Scotland and Northern Ireland: the role of diet and nutrition. *BMJ Open* 2011;1(1):e000263.
2. 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(9438):937-52.
3. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of a joint WHO/FAO expert consultation. WHO Technical Report Series, 916, WHO, Geneva, 2003.
4. Hobbs R, Erhardt L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) survey. *Family Practice* 2002; 19: 596-604
5. EUROASPIRE II Study Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries; principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme. *Eur Heart J* 2001;22(7): 554-72.

6. White S, Bissell P, Anderson C. A qualitative study of cardiac rehabilitation patients' perspectives on making dietary changes. *J Hum Nutr Diet* 2011;24(2):122-7.
7. Nikolić M, Jović S: Ishrana i zdravlje. U: Nikolić M (ur.)Dijetetika, Niš:Medicinski fakultet, WUS 2007; 11-40.
8. Mensink RP, Katan MB. Effects of dietary fatty acids on serum lipids and lipoproteins: A meta-analysis of 27 trials. *Arterioscl Thromb* 1992;19:911-9.
9. Niebauer J, Hambrecht R, Marburger C, Schlierf G, Kübler W, Schuler G. [Low-fat diet and physical training in coronary heart disease. Long-term results of secondary prevention]. *Dtsch Med Wochenschr* 1994;119(1-2):7-12.
10. de Lorgeril M, Renaud S, Mamelle N, et al. Mediterranean alpha-linolenic acid-rich diet in secondary prevention of coronary heart disease. *Lancet* 1994;343(8911): 1454-9.
11. de Lorgeril M, Salen P. Mediterranean diet in secondary prevention of CHD. *Public Health Nutr* 2011;14(12):2333-7.
12. Panagiotakos DB, Dimakopoulou K, Katsouyanni K, et al. Mediterranean diet and inflammatory response in myocardial infarction survivors. *Int J Epidemiol* 2009;38(3):856-66.
13. Thomazella MC, Góes MF, Andrade CR, et al. Effects of high adherence to mediterranean or low-fat diets in medicated secondary prevention patients. *Am J Cardiol* 2011;108(11):1523-9.
14. Willett WG, Stampfer MJ, Manson JE, et al. Intake of trans fatty acids and risk of coronary heart disease among women. *Lancet* 1993; 441:581-6.
15. Marcovina SM, Kennedy H, Bittolo BG, et al. Fish intake, independent of apo(a) size, accounts for lower plasma lipoprotein(a) levels in Bantu fishermen of Tanzania: The Lugalawa Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1999; 19:1250-6.
16. Marchioli R, Barzi F, Bomba E, et al. Early protection against sudden death by n-3 polyunsaturated fatty acids after myocardial infarction: time-course analyses of the results of the Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto Miocardico (GISSI) – Prevenzione. *Circulation* 2002; 105(16):1897-903.
17. Elvevoll EO, Eilersten KE, Brox J, et al. Seafood diets: hypolipidemic and antiatherogenic effects of taurine and n-3 fatty acids. *Atherosclerosis* 2008;200(2):396-402.
18. Bhupathiraju SN, Tucker KL. Coronary heart disease prevention: nutrients, foods, and dietary patterns. *Clin Chim Acta* 2011; 412(17-18):1493-514.
19. Anderson JW, Hanna TJ. Impact of nondigestible carbohydrates on serum lipoproteins and risk for cardiovascular disease, *J Nutr* 1999; 129(7 suppl):1457S-66S.
20. Nikolić M, Nikić D, Petrović B. Fruit and vegetable intake and the risk for developing coronary heart disease. *Cent Eur J Public Health* 2008;16(1):17-20.
21. Serra-Majem L, Roman B, Estruch R. Scientific evidence of interventions using the Mediterranean diet: a systematic review. *Nutr Rev* 2006;64:S27-47.
22. Hu FB, Willett WC. Optimal diets for prevention of coronary heart disease, *JAMA*, 2002; 288(20):2569-78.
23. Nikolić M. Glikemijski indeks namirnica i glikemijsko opterećenje kao faktori rizika za ishemijsku bolest srca (doktorska disertacija), Niš: Medicinski fakultet, 2004.
24. Mead A, Atkinson G, Albin D. et al. Dietetic guidelines on food and nutrition in the secondary prevention of cardiovascular disease - evidence from systematic reviews of randomized controlled trials (second update, January 2006). *J Hum Nutr Diet* 2006 ;19(6):401-19.
25. Yusuf S, Lessem J, Jha P. Primary and secondary prevention of myocardial infarction and strokes: an update of randomly allocated controlled trials. *J Hypertens* 1993;11(Suppl 4):S61-S73.
26. Cook NR, Albert CM, Gaziano JM. Et al. A randomized factorial trial of vitamins C and E and beta carotene in the secondary prevention of cardiovascular events in women: results from the Women's Antioxidant Cardiovascular Study. *Arch Intern Med* 2007;167(15):1610-8.
27. AHA Dietary Guidelines, Revision 2000: A statement for Health Care Professionals from the Nutrition Committee of the American Heart Association, *Circulation* 2000; 102: 2296-2311.
28. Roth EM, Harris WS. Fish oil for primary and secondary prevention of coronary heart disease. *Curr Atheroscler Rep.* 2010;12(1):66-72.
29. Ordovas JM. The quest for cardiovascular health in the genomic era: nutrigenetics and plasma lipoproteins. *Proc Nutr Soc* 2004; 63:145-152.
30. AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 Update: A Guideline From the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation Endorsed by the World Heart Federation and the Preventive Cardiovascular Nurses Association *J Am Coll Cardiol.* 2011;58:2432-2446.

Abstract

The importance of nutrition in secondary prevention and rehabilitation of coronary artery disease

Maja Nikolić

Faculty of Medicine University of Niš, Serbia, Institute for Public Health, Niš

Long-term treatment of patients with acute coronary syndrome is necessary in order to prevent new cardiac events. It means lifestyle changes, modification of risk factors, proper nutrition, as well as pharmacotherapy. The aim of this review is to present current evidence-based facts about the diet in the secondary prevention and rehabilitation of coronary heart disease. The paper demonstrated and analyzed the published data about the role of different nutrients in control of some of the risk factors for development of cardiovascular disease, as well as Mediterranean diet. The results undoubtedly indicated that replacement of saturated fats with unsaturated fatty acids and carbohydrates should be an important part of all nutrition strategies for cardiovascular prevention. The dietary intake of trans-fatty acids and salt should be reduced. Education of patient should be directed to the total nutrition, not only to the individual food. Responsibility for proper diet in secondary prevention of coronary heart disease share the patients, health care services, family and society.