

# Áhættuþættir og forvarnarstarf

Hjarta- og æðasjúkdómar eru helsta orsök ótímabærra dauðsfalla í flestum Evrópulöndum og í vaxandi mæli um heim allan (1-3). Þeir eru þýðingarmikil ástæða fötlunar og vaxandi kostnaðar í heilbrigðisþjónustunni. Undirliggjandi orsök er oftast æðakölkun (atherosclerosis) sem er venjulega langt gengin þegar einkenna verður vart og hefur þá átt sér áratuga aðdraganda. Mikil þekking liggur fyrir um grundvallarmeinseldina, hegðun hennar og orsakavald og oft hefur verið ærinn tími til íhlutunar áður en klínískar afleiðingar æðakölkunar knýja dyra. Þar við bætist að kransæðastífla, hjartastopp og heilablóðföll gerast oft skyndilega og án undanfarandi einkenna og meðferð því ekki beitt fyrr en skaðinn er skeður. Til þess að ná verulegum árangri á þessum sviðum verður því augljóslega að beita forvörn. Tækifærin felast í því að hjarta- og æðasjúkdómar tengjast ákveðnum þáttum í lífsstíl sem og lífeðlisfræðilegum þáttum sem unnt er að breyta. Öyggjandi hefur verið sýnt fram á að umbót áhættuþátta (risk factor modification/siðabót) dregur úr dánartíðni og sjúkleika, sérstaklega hjá fólki sem þegar hefur greinanleg merki æðakölkunar (4, 5).

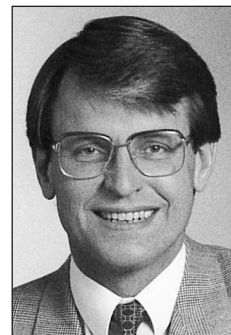
Í nýjum Evrópuleiðbeiningum um hjarta- og æðavernd eru allar þessar forsendur forvarnarstarfs dregnar fram til áréttingar þess hversu mikilvægt viðfangsefnið er og að fræðilega eigi að vera unnt að ná árangri (6). Miklu fleiri eiga nú aðild að þessum leiðbeiningum en áður sem undirstrikar hve viðfangsefnið er víðtækt og hversu nauðsynlegt er að sameina krafta og þekkingu margra aðila til verksins. Í hóp þeirra sem áður hafa staðið að evrópskum leiðbeiningum á þessu sviði hafa nú bæst evrópsk samtök um sykursýkirannsóknir, alþjóðleg samtök um atferlislækningar (behavioral medicine), evrópsk samtök heimilislækna og evrópsk almannasamtök um hjarta-vernd.

Hér á landi hefur í áratugi verið unnið kraftmikið hjarta- og æðaverndarstarf og öflugar rannsóknir gerðar, sérstaklega á vegum Hjarta- og æðaverndar. Í þessu tölublaði Læknablaðsins birtast í grein Emils Sigurðssonar og félaga niðurstöður nýs samstarfsverkefnis heilsugæslustöðvanna í Hafnarfirði og á Akureyri og Hjarta- og æðaverndar: „Áhættuþættir hjarta- og æðasjúkdóma meðal fimmtugra á Akureyri og í Hafnarfirði. Staða og áhrif einfaldrar íhlutunar“ (7). Niðurstöðurnar eru athyglisverðar fyrir margra hluta sakir. Í fyrsta lagi kemur fram óvæntur munur á algengi ofþunga og offitu meðal akureyskra og hafnirsakra kvenna. Höfundarnir benda á að mismunandi þátttökuhlutfall geti skýrt þennan mun að einhverju leyti en tæpast þó til fulls. Rannsóknir Manneldisráðs hafa

áður sýnt verulegan mun á mataræði Íslendinga eftir búsetu (8) en þessi athugun vekur óneitanlega nýjar og áhugaverðar rannsóknarspurningar um mögulegan breytileika í lífnaðarháttum og lífsstíl eftir landshlutum. Í öðru lagi rennir þessi rannsókn stöðum undir þá vitneskju að heldur sígi á ógæfuhlið hér á landi hvað snertir líkamsþunga og algengi offitu. Einnig að kólesteról er að meðaltali of hátt hér á landi bæði hjá körlum og konum og á sinn þátt í þeirri æðasjúkdómaáhættu sem þjóðin býr við.

Loks er sú niðurstaða rannsóknarinnar mikilvæg að einföld íhlutun dugar ekki til að sporna við, hvað þá snúa til betri vegar, áhættumynstri eins og því sem greindist bæði á Akureyri og í Hafnarfirði. Eins og höfundar benda á er erfitt að vita hvernig áhættuþættirnir hefðu þróast ef íhlutun hefði ekki verið beitt, enda ekki um framskyggna meðferðarpröfun að ræða (controlled trial). Ef til vill hamlaði íhlutunin gegn enn meiri versnun. Miðað við áhættustöðu hópanna sem sennilega endurspeglar nokkuð vel fimmtuga Íslendinga vítt og breitt um landið var árangurinn hins vegar dapurlegur og undirstrikar, eins og höfundarnir benda á, hversu viðamikilið og vandamt verkefni er hér á ferðinni. Enda er vandamálið alþjóðlegt. Það er ein af ástæðum þess að við gerð síðustu Evrópuleiðbeininga um hjarta- og æðavernd sem áður voru gerðar að umtalsefni var leitað eftir þátttöku alþjóðlegra samtaka um atferlislækningar (behavioral medicine). Á yfirborðinu virðist viðfangsefnið ekki flókið því það snýst um þrennt: Reykleysi, fæðuval og hreyfingu. Í öllum tilvikum er viðfangsefnið hins vegar mannleg hegðun og breyting á henni, og þá gerist málið flókið. Samt er ástæða til að leggja á það áherslu að þótt lífsstílsbreytingar séu vandamt verkefni eru til bæði sérfræðiþekking og gagnreynd úrræði til að glíma við vandann (6).

Sterkur samhljómur er á milli þeirra leiðbeininga sem birtar hafa verið um hjarta- og æðavernd á síðustu árum bæði austan hafs og vestan (6, 9). Í nýjustu Evrópuleiðbeiningunum er að sjálfsögðu byggt á fyrri leiðbeiningum, en þær breytingar eru helstar að í stað þess að leggja áherslu á kransæðaforvarnir er nú stefnt að forvörnum hjarta- og æðasjúkdóma á víðum grunni enda eru orsakir kransæðasjúkdóms, blóðþurrðar í heila og útæðasjúkdóma svipaðar og ýmis meðferðarform gera svipað gagn í að hamla gegn þeim öllum. Önnur breyting og frávik frá hliðstæðum bandarískum leiðbeiningum er að áhætta er nú metin sem líkur á því að deyja úr hjarta- eða æðasjúkdómi innan 10 ára í stað þess að miða við kransæðaáfall. Eins og áður eru líkurnar þó metnar með fjölþáttalíkani þar sem byggt er á aldri, kyni, reyk-



Guðmundur Þorgeirsson

Höfundur er hjartalæknir.

ingasögu, blóðþrýstingi í slagbili, kólesteróli eða hlutfalli heildarkólesteróls og HDL (high density lipoprotein) kólesteróls. Þeir sem hafa sykursýki falla beint í hóp mikillar áhættu og sömuleiðis þeir sem hafa klínísk merki æðakölkunar. Áherslan er því sem fyrir á greiningu og meðferð einstaklinga sem búa við mikla áhættu. Í sem allra stystu máli eru það sjúklingar með þekktu æðasjúkdóma og einstaklingar með slíkan styrk eða fjölda áhættuþátta að þeir mælast með miklar líkur (>5%) á því að deyja af völdum slíkra sjúkdóma innan 10 ára. Vakin er athygli á því að helstu ástæður þess að áhætta sé vanmetin þegar þetta fjölþáttalíkan er notað er vangreind æðakölkun í einkennalausum einstaklingi, sterk ættarsaga, offita og kyrrseta, lágt HDL, háir þríglyseríðar, hátt C-reaktívt protein, fibrinogen, homocystein eða lipoprotein (a). Enginn þessara þátta er hluti af líkaninu.

Þótt forvarnarleiðbeiningar snúist um greiningu og meðferð þeirra sem búa við mikla áhættu (high risk strategy) ríkir einnig um það almenn samstaða að ef einhverjir sigrar eiga að vinnast gegn gríðarlegum þunga hjarta- og æðasjúkdóma í hinum vestræna heimi þurfi einnig forvarnarstefnu sem snýr að samfélaginu öllu (population strategy) (10, 11). Þar eru aðalatriðin enn þau sömu: reykleysi, hreyfing og fæðuval.

## Heimildir

1. Sans S, Kesteloot H, Kromhout D. The burden of cardiovascular disease mortality in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. *Eur Heart J* 1997; 18: 1231-48.
2. American Heart Association 2002. Heart and Stroke Statistical Update. Dallas, Texas: American Heart Association 2001; 4-5.
3. Ounpuu S, Yusuf S. Singapore and coronary heart disease: a population laboratory to explore ethnic variations in the epidemiologic transition. *Eur Heart J* 2003; 24: 127-9.
4. Stampfer MJ, Hu FB, Manson JE, Rimm EB, Willett WC. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. *N Engl J Med* 2000; 343: 16-22.
5. Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GV, Parving H-H, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2003; 48: 383-93.
6. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J* 2003; 24: 1601-10.
7. Sigurðsson E, Pálsdóttir K, Sigurðsson B, Jónsdóttir S, Guðnason V. Áhættuþættir hjarta- og æðasjúkdóma meðal fimmtugra á Akureyri og Hafnarfirði. Staða og áhrif einfaldrar íhlutunar. *Læknablaðið* 2003; 89: 859-64.
8. Steingrimsdóttir L, Þorgeirsdóttir H, Ægisdóttir S. Könnun á mataræði Íslendinga 1990. 2. Mataræði og mannlíf. Rannsóknir Manneldisráðs Íslands III. Útgefandi Manneldisráð Íslands, Reykjavík 1991.
9. Third Report of the National Cholesterol Education Program. US Department of Health and Human Services; Public Health Service; National Institutes of Health; National Heart, Lung, and Blood Institute. (NIH Publication No.02-5215. September 2002). *Circulation* 2002; 106: 3143-420.
10. Pearson TA, Bazzarre TL, Daniels SR, Fair J, Fortmann SP, Franklin BA, et al. American Heart Association guide for improving cardiovascular health at the community level: a statement for public health practitioners, healthcare providers, and health policy makers from the American Heart Association expert panel on population and prevention. *Circulation* 2003; 107: 645-51.
11. Fortmann SP, Varady AN. Effects of a community-wide health education program on cardiovascular disease morbidity and mortality: the Stanford Five-City Project. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 316-23.