

Ritstjórnargrein

Evrópskar ráðleggingar um varnir gegn kransæðasjúkdómum

Það heyrir vissulega til tíðinda þegar þrjú stór læknafélög í Evrópu (European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society og European Society of Hypertension) gefa sameiginlega út ráðleggingar um varnir gegn kransæðasjúkdómum. Þessar ráðleggingar hafa verið gefnar út víða (1) og félögin hafa jafnframt hvatt samsvarandi félög í hverju einstöku Evrópuríki til að gefa út sínar eigin ráðleggingar. Slíkar ráðleggingar tækju mið af séraðstæðum í hverju landi bæði með tilliti til mikilvægis áhættuþáttanna sem kann að vera mismikið og fjárhagslegra aðstæðna sem geta ráðið miklu um hvað unnt sé að ganga langt í hverju landi í forvörnum.

Þessar Evrópuráðleggingar byggja á viðamiklum hóprannsóknnum sem gerðar hafa verið á síðustu árum og sýnt hafa fram á að unnt sé að draga úr framþróun kransæðasjúkdóms og jafnvel koma í veg fyrir hann með rétttri meðhöndlun áhættuþáttanna.

Þessar Evrópuráðleggingar eru annars vegar um ráð og meðferð til handa sjúklingum sem þegar eru komnir með einkenni kransæðasjúkdóms (secondary prevention).

Markmið meðferðar í þeim hópi eru:

1. Reykbindindi.
2. Ná blóðþrýstingi niður fyrir 140/90 mmHg.
3. Ná heildarkólesteróli niður fyrir 5 mmól/L eða LDL (low density lipoprotein) -kólesteróli niður fyrir 3 mmól/L með mataræði eða lyfjum.
4. Ná góðri sykurstjórnun meðal sykursjúkra jafnframt því sem meðferð annarra þátta í þessum sjúklingahópi sé sérstaklega vel gætt.

Hins vegar eru ráðleggingar varðandi forvarnir sem beinast að þeim einstaklingum sem ekki hafa þegar einkenni um kransæðasjúkdóm en eru í aukinni áhættu á að fá slíkt vegna ættarsögu eða hafa fleiri en einn áhættuþátt. Í þessum tilgangi hefur áhætta einstaklinganna

verið reiknuð út frá niðurstöðum Framingham rannsóknarinnar og tekið mið af blóðþrýstingi, blóðfitu, reykingum og kyni. Sá hópur, sem samkvæmt þessum útreikningum er í meira en 20% áhættu á að fá kransæðasjúkdóm á næstu 10 árum eða fyrir 60 ára aldurinn, er skilgreindur í mikilli áhættu (high risk). Ráðlagt er að meðhöndla þennan hóp með sömu markmið í huga og við *secondary prevention* (mynd 1). Hóprannsóknir hafa sýnt að áhætta þessa hóps á að deyja úr kransæðasjúkdómi er engu minni en sjúklinga sem þegar eru komnir með einkenni kransæðasjúkdóms.

Hér á landi voru gefnar út ráðleggingar í sambandi við blóðfitulækkandi lyfjameðferð árið 1996 (samráðsfundur á vegum landlæknisembættisins) (2). Þær ráðleggingar voru tiltölulega einfaldar en tóku þó mið af fjölda áhættuþáttanna án þess þó að heildaráhættan væri reiknuð út (tafla I).

Tafla I. Blóðfitulækkandi meðferð.

Kólesteról mmól/L	Meðferð
>8	Mataræði (6 mánuði) → Lyf
>7 + 1 áhættuþáttur	Mataræði (6 mánuði) → Lyf
>6 + 2 áhættuþættir	Mataræði (6 mánuði) → Lyf
>5 + kransæðasjúkdómur	Mataræði (3 mánuði) → Lyf

Félag heilsugæslulækna hefur í samvinnu við hjartalækna gefið út ráðleggingar um meðferð gegn blóðþrýstingi (3).

Í áðurnefndum Evrópuráðleggingum er lögð sérstök áhersla á að meta heildaráhættu hvers einstaklings. Þar er þó bent á að niðurstöður Framingham rannsóknarinnar eigi ekki við alls staðar og því sé æskilegra að styðjast við hóprannsóknir frá viðkomandi landi séu þær til. Vissulega væri æskilegast að nota niðurstöður Hjartaverndar í þessu sambandi til að reikna út áhættu íslenskra karla og kvenna. Evrópusamtökin hvetja félög á þessu sviði til að semja sínar eigin ráðleggingar og standa að kynningum á þeim. Eðlilegast væri að landlæknisembættið

á Íslandi boðaði til samráðsfundar að nýju í samvinnu við Hjartavernd og lækna sem telja sér málið skylt, svo sem hjartalækna, heilsugæslulækna, lyflækna og fleiri.

Það er þó ekki nóg að gefa út ráðleggingar því það þarf líka að fá lækna og aðra til að þekkja þær og taka mið af þeim þótt vert sé að undirstrika að þetta séu aðeins viðmiðunarráðleggingar en alls ekki lög. Nýlegar niðurstöður Emils Sigurðssonar og fleiri (4) hér í Lækna-
blaðinu bentu vissulega til þess að gera mætti betur á þessu sviði hér á landi. Þó er flest sem bendir til þess að forvarnir í þessu sambandi séu í betra horfi hér en víðast annars staðar og ljósasta vitni þess er veruleg lækun á nýgengi og dánartölu kransæðatilfella á Íslandi á síðustu tveimur áratugum. Aðrar Evrópuþjóðir telja sig reyndar geta lært mikið af hinu íslenska ævintýri og það er bæði fróðlegt og

ánægjulegt að heyra evrópska kollega telja að þessi árangur á Íslandi endurspegli betri menntun íslenskra lækna en lækna flestra annarra þjóða í Evrópu.

Gunnar Sigurðsson
Jón Högnason
Sigurður Helgason

HEIMILDIR

1. Wood D, et al. European and American recommendations for coronary heart disease prevention. Eur Heart J 1998; 19 Suppl. A: A12-A19.
2. Þorgeirsson G, Sigurðsson G, Högnason J, Helgason S. Blóðfitulækkandi lyfjameðferð. [Samráðsfundur á vegum landlæknisembættisins.] Lækna-
blaðið 1996; 82: 734-5.
3. Tryggingastofnun ríkisins, landlæknisembættið, Heilbrigðismálaráðuneytið, Félag íslenskra heilsugæslulækna. Ráðleggingar um meðferð gegn blóðþrýstingi. Lyfjaval 1997.
4. Sigurðsson EL, Jónsson JL, Þorgeirsson G. Hvernig er kólesteróllækkandi lyfjameðferð háttáð meðal íslenskra kransæðasjúklinga? Lækna-
blaðið 1999; 85: 109-19.