

Koronaartõve vältimine Soomes

Matti J. Tikkanen – Helsingi Ülikooli keskhaigla

südame isheemiatõbi, levimus, vältimine, riskitegurid, riskitegurite ravi

Kuigi Soomes rakendatud südame isheemiatõve ennetamise programmid on toonud märkimisväärset edu, on see haigus seal enam levinud kui naabermaades. Soomes on välja töötatud optimaalsed sagedasemate südame isheemiatõve riskitegurite raviprogrammid. Rõhutatud on düslipideemia ravi tõhustamise vajadust.

Põhja-Karjala projekti algusest on Soomes südamekoronaartõve (SKT) vältimisel tehtud suuri edusamme. Kõik algas ühiskonnapõhise vältimisprogrammiga, tänu millele kasvas hiljem teadlikkus südamekoronaartõve riskitegurite osas kogu Soomes. Alates 1970ndate algusest on Soome keskealiste meeste ja naiste SKT-suremus vähenenud ligikaudu 70%. Selle suure muutusega on kaasnud kolme peamise riskiteguri – vereseerumi kolesterool, vererõhk ja suitsetamine – osatähtsuse vähenemine (1). Muutuste analüüsimine on näidanud, et suuremat osa suremusnäitajate muutustest saab nende riskitegurite ohjamisega seletada (2). Alates 1980ndatest on SKT vähenemisele arvatavasti kaasa aidanud ka revaskulariseerimismeetodite ja ravimite täiustamine.

Kuigi vältimisprogrammid on osutunud edukaks, esineb SKT siiski Soomes sagedamini kui enamikus teistes Euroopa riikides. Et saavutada veelgi parem tulemus, on "Käypä Hoito" ehk kehtiva optimaalse raviprogrammi (*Current Optimal Treatment Program*) raames välja töötatud juhtnõid olulisemate SKT riskitegurite kohta. Üks viimati välja antutest on düslipideemia ravijuhend (3), millele eelnesid juhtnõidid nikotiinisõltuvuse ja kõrgeenenud vererõhu ravi kohta (www.terveysportti.fi).

Selles düslipideemia ravijuhendis on soovitatud üldjoontes vereseerumi kolesterooli piirväärtust alla 5 mmol/l ja LDL-kolesterooli alla 3 mmol/l, kuid suurema riskiga isikutele soovitakse väiksemaid väärtusi: seerumi kolesterooli <4,5 mmol/l ja LDL-kolesterooli <2,5 mmol/l. Need soovitused

põhinevad andmetel, mis selgusid viimastest kolesteroolisisalduse alandamisega seotud uuringutest, mille järgi on vältimisest kasu, kui hoida LDL-kolesterool madalamal siiani antud väärtustest.

Juhendis on rõhutatud agressiivse ravi vajadust suurema riskiga inimeste puhul. Hiljutised kolesteroolisisalduse vähendamise seotud statiinuurinud on näidanud, et paremaid tulemusi (kõige väiksema ravi vajanute arvuga) on saadud kõige suurema riskiga patsientidel. Suure riskiga on kõik patsiendid, kel on avastatud SKT, aju või perifeersetes arterites haigus või suhkurtõbi. Suhkurtõve kaasamine suure riskiga rühma on võrreldes eelmise juhendiga uus. See põhineb kahte tüüpi tõenditel. Esiteks, mõned, kuigi mitte kõik epidemioloogilised uuringud näitavad, et teist tüüpi diabeet põhjustab niisama suurt SKT-riski, kui seda on täheldatud patsientidel eelnenud müokardiinfarktidega (4). Teiseks, müokardiinfarktiga suhkruhaigetel on prognoos halvem võrreldes mitediabeetikutega (5) ning ravi on palju keerulisem. Vajadust alustada kohe pärast kardiovaskulaarsete häirete teket lipiidisisaldust vähendavat ravi on samuti rõhutatud hiljutistel statiinuurinutel põhinevates juhtnõidides (6).

Kui klassifikatsioon, mis käsitleb riski sümptomaatilistel kardiovaskulaarsete häiretega patsientidel või diabeetikutel, pole keeruline, siis riski hindamine asümptomaatilistel patsientidel on palju raskem. Nii Soome kui ka Euroopa juhendid annavad arstidele abiks nn SCORE (*Systematic coronary risk evaluation*) tabelid. Meeste ja naiste, suitsetajate ja mitesuitsetajate tabelid on erinevad. Riskinäita-

ja tabelis põhineb seerumi kolesterooliväärtusel, vererõhul ja vanusel. Mõned arstid hindavad riski, mis põhineb numbril ja SKT riskitegurite raskusel, ilma tabeliteta. Arvatavat riski üle 5% fataalse kardiovaskulaarse haiguse esinemiseks 10 aasta jooksul peetakse suureks ning sel juhul on vajalik agressiivne ravi. Perekondlik hüperkolesteroleemia või varases eas esinev kardiovaskulaarne haigus (meestel enne 55. eluaastat, naistel alla 65 a) esimese astme sugulasel asetab inimese samuti suure riskiga rühma.

Kokkuvõttes võib öelda, et hoolimata soodsatest ilmingutest SKT-suremuses, on Soome rahvastik ikkagi suure riskiga võrreldes enamiku teiste Euroopa

riikidega. Selleks et suurendada kardiovaskulaarsete haiguste (ja kõigi teiste haiguste) vältimistaktika ja ravi tõhusust, on loodud üleriigiline kehtiv optimaalse ravi programm ("Käypä Hoito"). Düslipideemia ravijuhend avaldati 2004. aastal, sellele eelnes nikotiinisõltuvuse ja hüpertensiooni ravijuhendi väljaandmine. Düslipideemiajuhendis on alandatud kolesteroolisisalduse piirväärtusi ning rõhutatud kiire ja agressiivse ravi vajadust suure riskiga isikute puhul. Kolesteroolisisalduse vähendamist ja vererõhu alandamist käsitlevate käimasolevate uuringute tulemuste avaldamise järel on kindlasti vaja praegu kehtivaid juhtnööre ajakohastada.

Kirjandus

1. Vartiainen E, Puska P, Jousilahti P, Korhonen HJ, Tuomilehto J, Nissinen A. Twenty-year trends in coronary risk factors in North Karelia and in other areas of Finland. *Int J Epidemiol* 1994;23:495-504.
2. Vartiainen E, Puska P, Pekkanen J, Tuomilehto J, Jousilahti P. Changes in risk factors explain changes in mortality from ischaemic heart disease in Finland. *Br Med J* 1994;309:23-7.
3. Suomen Sisätautilääkärien Yhdistyksen työryhmä. Käypä hoito-suositus: dyslipidemia. *Duodecim* 2004;120:1794-816.
4. Haffner SM, Lehto S, Rönnemaa T, Pyörälä K, Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med* 1998;339:229-34.
5. Miettinen H, Lehto S, Salomaa V, Mahonen M, Niemela M, Haffner SM, et al. Impact of diabetes on mortality after the first myocardial infarction. *Diabetes Care* 1998;21:69-75.
6. Schwartz GG, Olsson AG, Ezekovitz MD, Ganz P, Oliver MF, Waters D, et al. Effects of atorvastatin on early recurrent ischemic events in acute coronary syndromes. The MIRACL study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;285:1711-8.

Summary

Prevention of coronary heart disease in Finland

The prevention of coronary heart disease (CHD) has made many advances since the North Karelia Project was started. This was a community prevention programme, which later led to an increased awareness of CHD risk factors in the whole of Finland. Since the early 1970's CHD mortality has decreased by approximately 70% in middle-aged Finnish men and women. This dramatic change has been accompanied by reductions in three major CHD risk factors: serum cholesterol, blood pressure and cigarette smoking. Despite the favourable trend in CHD mortality, the Finnish population is still at high risk compared to most other European populations. In order to maximize the efficacy of prevention and treatment of

cardiovascular disorders, the national Current Optimal Treatment Programme (Käypä Hoito) has been launched. Following the publication of the guidelines for treatment of nicotine addiction and hypertension, the guideline for treatment of dyslipidemia was published in 2004. This guideline has lowered the cholesterol targets (for serum cholesterol below 5 mmol/l and for LDL-cholesterol below 3 mmol/l but in high-risk individuals: for serum cholesterol <4.5 mmol/l and for LDL-cholesterol <2.5 mmol/l) and emphasized the need for rapid and aggressive drug therapy in high-risk individuals (including patients with established diabetes mellitus).

matti.tikkanen@hus.fi