

Pääkirjoitus

It is better to be healthy than ill or dead. That is the beginning and the end of the only real argument for preventive medicine. It is sufficient. – Geoffrey Rose

Ateroskleroosia ja sen komplikaatioita on pidetty ikääntymisen väistämättömänä seurauksena. Onhan jo esihistoriallisen ajan muumioilla todettu viitteitä verisuonten kalkkiutumista.

Tauti ei kuitenkaan ole kohtalo, johon ei voitaisi vaikuttaa. Valtimosairauksien keskeiset riskitekijät – veren suuri kolesterolipitoisuus, kohonnut verenpaine ja tupakointi sekä myöhemmin neljännen pääriskitekijän asemaan nousut diabetes – on tunnettu vuosikymmeniä. Salomaa kumppaneineen osoittaa kirjoituksessaan, että määrätietoinen työ riskitekijöiden vähentämiseksi koko väestössä on osaltaan vähentänyt suomalaisten työikäisten sepelvaltimotautikuolleisuutta 80 %, väheksymättä taudin parantuneen hoidon merkitystä. Suomi on laskeutunut maailman huipulta keskikastiin, mutta työtä riittää: nyt päähainta on siirtynyt vanhempiin ikäluokkiin, ihmisiin, joilla muuten olisi vielä laadukkaita elinvuosia ellettävänä.

Sairauksien ehkäisyssä puhutaan primaari- ja sekundaaripreventiosta. Uudempi käsite on primordiaalipreventio, riskitekijöiden ehkäisy eli puuttuminen syiden syihin. Koska ateroskleroottisen valtimopatologian varhaismuotoja voidaan todeta jo lapsilla ja nuorilla, sitä enemmän, kuta suurempi riskitekijäkuorma, todella tehokas ehkäisy aloitetaan jo lapsuudessa. Kuten Niinikoski selvittää, Suomessa on tehty pioneerityötä tällä saralla.

Kaiken ikäisillä, terveillä ja jo sairastuneilla, elintavat ovat ehkäisyn kulmakivet. Tupakointi on vähentynyt radikaalisti, mutta savuttomaan Suomeen pääseminen vaatii vielä työtä, jolle on myös vastavaikuttajansa, kuten uusien koukuttavien nikotiinin annosteluvälineiden (sähkösavuke) markkinoijat. Väestön ravitsemus on suuresti parantunut 1960-lukuun verrattuna, joskin kehityksen hidastumista ja jopa lievää huononevaa trendiä on viime vuosina esiintynyt; Schwabin kirjoituksessa selvitetään nykykäsitteet sydän- ja muutenkin terveellisestä ravinnosta. Liikunnan terveysvaikutukset sekä ennen sairastumista että sen jälkeen ovat kiistattomat (Savonen ym.).

Sekä terveydenhuollon rahoittajien että potilaiden edun mukaista on ennaltaehkäisyn onnistuminen. Toisaalta rajalliset taloudelliset resurssit ja toisaalta uudet tekniset menetelmät tulevat yhä enemmän johtamaan siihen, että yksilö itse osallistuu aikaisempaa enemmän terveytensä seurantaan. Uudet tekniset apuvälineet ovat tervetulleita (Nikus ja Nieminen). Tästä trendistä on hyvä esimerkki

henkivakuutuspuolelta, jossa oman liikunnallisen aktiivisuuden seuranta voidaan tulevaisuudessa käyttää jopa vakuutusmaksujen alennusperusteina.

On myös ryhmiä, joille elintapahoito yksinään ei riitä. Familiaalisen hyperkolesterolemian taustaa selvittivät jo nobelistit Brown ja Goldstein, ja tehokas hoitokin on ollut tarjolla 1980-luvun lopulta. Hoito on kuitenkin alikäytössä, ja tapauksia edelleen tunnistamatta, mihin voitaisiin vaikuttaa tutkimalla jo tunnettujen tapausten sukulaiset, mihin halventuneet geenianalyysit antavat uusia mahdollisuuksia (Laurila ym.).

Lääkehoito on perusteltua myös muilla suuren riskin potilailla, kuten näyttöön perustuvat hoitosuosituksot eri puolilla maailmaa varsin yhtäpitävästi osoittavat (Strandberg ja Granér). Harvasta asiasta maailmassa vallitsee kuitenkin täyttää yksimielisyyttä; niinpä hoitosuositusten mukaisella stadiinohoidollakin on vastustajansa, joiden argumenttien pitävyyttä voi arvioida Syvänteen ja Järvisen debatista.

Sepelvaltimotaudin akuuttihoito on Suomessa hyvässä tolalla, mutta jatkohoito ja erityisesti kuntoutus ontuu. On järjetöntä, jos kalliiden hoitotoimenpiteiden hyöty menetetään joko siksi, ettei hyödynnetä toimintakyvyn kohe-
nemisen potentiaalia, tai siksi, että sekundaarinen ehkäisy jää vajaaksi. Haastavassakin tapauksessa taidolla toteutettu kuntoutus voi palauttaa menetetyt työkyvyn ja saada elintapa- ja lääkehoidon raiteilleen (Rantala).

Jo kardiovaskulaarisen epidemiologian ja preventi-
on pioneeri Geoffrey Rose osoitti, että pienetkin väestössä laajalti toteutuvat elintapa- ja riskitekijämuutokset tuovat suuremman kokonaishyödyn kuin suppeaan suuren riskin populaatioon kohdistuvat tehotoimet – niin tärkeitä kuin nämä riskihenkilöille yksilöinä ovatkin. Tämä preventiopa-
radoksi sisältää myös sen, että terveiden ihmisten on vaikea motivoitua elintapamuutoksiin, koska yksilölle koitua hyöty on pieni, etäinen ja epävarma. Yhteiskunnalliset muutokset, jotka tekevät terveyttä tukevat elintapavalinnat helpoiksi, luonteviksi ja hyväksytyiksi, ovat tehokkaita ja halpoja menetelmiä sairauksien ehkäisyssä (Puska). Myös potilastyötä tekevien kardiologien on tärkeää ammattilaisina ja kansalaisina muistuttaa päätöksentekijöitä siitä, että jokainen päätös on terveyspäätös.

Mikko Syvänteen

Maire Rantala

Tuomo Nieminen