

Pitkäaikaissairauksien riskitekijät tulee saada hallintaan

Sydän- ja verisuonisairaudet ovat edelleen merkittävin kuolleisuuden aiheuttaja Suomessa. Vuonna 2022 niiden kokonaiskustannukset ylittivät 3,6 miljardia euroa. Työikäisten ennen aikaiset sydänkuolemat ovat meillä poikkeuksellisen yleisiä – miehillä noin kaksi kertaa niin yleisiä kuin Ruotsissa ja Tanskassa (1,2).

Kyse on paitsi inhimillisestä kärsimyksestä myös merkittävästä kansantaloudellisesta taakasta, joka syntyy ennen aikaisista kuolemista, työkyvyttömyydestä ja terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolisista hoidoista ja menoista (1).

Keskeinen haaste on toimeenpanovaje (3). Arviolta 80 % sydänsairauksien riskistä olisi muokattavissa elämäntapojen ja edullisten lääkehoitojen avulla. Verenpaine- ja kolesterolilääkkeet ovat pääosin geneerisiä ja hyvin saatavilla. Lihavuuden hoitoon on uusia tehokkaita lääkkeitä, mutta niiden hinta on korkea.

Toimia tarvitaan kaikilla tasoilla: yksittäisen lääkärin potilaskontaktissa, julkisen ja yksityisen palveluntuotannon järjestämisessä, mediassa ja poliittisessa ohjauksessa.

Primaari-prevention tehostamiseksi tarvitaan resurssitehokkaita laajennettavissa ja monistettavissa olevia toimintamalleja, jotka kohdistuvat tautikuorman kannalta kriittiseen 40–50-vuotiaiden ikäryhmään.

Valmisteilla oleva asetusmuutos mahdollistane riskipotilaiden tunnistamisen potilastietojärjestelmästä. Yksi keino on ikäluokka-kohtainen seulonta verenpainetaudin, dyslipidemian ja muiden valtimotauriskitekijöiden perusteella. Korkean riskin henkilöiden hoito ja seuranta voidaan toteuttaa etävastaanotoilla, esimerkiksi mobiilisovelluksen avulla.

Yli 99 %:lla potilaista, joilla on ensimmäinen akuutti sepelvaltimokohtaus, on muokattavissa olevia riskitekijöitä (4). Riskiä yksilöiden kohdalla primaari-preventiossakin tulisi pyrkiä tautitaakan pysäyttämiseen samoin kuin sekundaari-preventiossa.

Euroopan kardiologisen seuran (ESC) suositusten mukaan sekundaari-prevention LDL-tavoite on < 1,4 mmol/l, jolla kolesterolin kerittyminen valtimon seinämään pysähtyy (6,7).

Vuoden 2024 ESC-suosituksissa verenpaineen hoitotavoite laski aiemmasta < 140 mmHg:stä tasolle < 130 mmHg, mikäli hoito on hyvin siedetty. Kyse ei ole kaikkien hoitamisesta, vaan riskipotilaiden tunnistamisesta ja riskitekijöiden aiheuttaman kuorman pysäyttämisestä.

Sekundaari-preventiossa hoitoketjujen toimivuus ja systemaattinen seuranta ovat ratkaisevia. Laaturekisterit mahdollistavat riskipotilaiden tunnistamisen, hoidon kohdentamisen ja vaikuttavuuden seurannan.

Suomen Kardiologisen Seuran aloite tähtää sydänkuolemien vähentämiseen 25 %:lla vuoden 2024 tasosta vuoteen 2035 mennessä. Tavoitteet perustuvat tutkittuun tietoon, mitattaviin tuloksiin ja skaalautuviin toimiin.

Vuonna 2024 potilaista noin joka neljän rasva-arvoja ei mitattu vuoden sisällä sydäntapahtuman jälkeen, ja vain 39 % saavutti LDL-tavoitteen. Tavoitteena on, että 95 % sydäninfarktin sairastaneista on seurannassa vuoden kuluttua ja että 50 % sepelvaltimotautipotilaista saavuttaa LDL-tavoitteen sydäntapahtuman jälkeen.

Painonhallinta, nikotiiniriippuvuuden vähentäminen ja liikunnan lisääminen ovat keskeisiä osatavoitteita. Lisäksi ehdotetaan sydäniskurikoulutuksen sisällyttämistä opetussuunnitelmiin ja nikotiini- ja alkoholi- ja tupakkatuotteiden verotuksen kiristämistä.

Sydänkuolleisuuden vähentäminen on yhteiskunnallinen investointi kansanterveyteen. Sen onnistuminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä, poliittista tahtoa ja kansalaisten sitoutumista.

Tulokset eivät näy heti, mutta varmojen mittarien avulla voidaan osoittaa edistystä jo vuosittain. Nyt on aika toimia – sydänterveyden puolesta. •



TUOMAS KIVINIEMI

kardiologian professori,
Turun yliopisto
ylilääkäri, Tyks
Sydänkeskus
puheenjohtaja, Suomen
Kardiologinen Seura

KIRJALLISUUTTA

- 1 Luengo-Fernandez R, Walli-Attaei M, Gray A ym. Economic burden of cardiovascular diseases in the European Union: A population-based cost study. *Eur Heart J* 2023;44:4752–67.
- 2 European Society of Cardiology Atlas 2024. atlas.escardio.org/Atlas/ESC-Atlas-of-Cardiology
- 3 Puska P. Prevention of cardiovascular diseases – From science to public health action. Kirjassa: Rao GHR, Das UN, toim. *Cardiometabolic diseases*. Academic Press 2025;519–28.
- 4 Lee H, Huang X, Khan SS ym. Very high prevalence of nonoptimally controlled traditional risk factors at the onset of cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol* 2025;86:1017–29.
- 5 Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep JE ym. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J* 2025;ehaf190.
- 6 Nicholls SJ, Puri R, Anderson T ym. Effect of evolocumab on progression of coronary disease in statin-treated patients: The GLAGOV randomized clinical trial. *JAMA* 2016;316:2373–84.
- 7 Räber L, Ueki Y, Otsuka T ym. Effect of alirocumab added to high-intensity statin therapy on coronary atherosclerosis in patients with acute myocardial infarction: The PACMAN-AMI randomized clinical trial. *JAMA* 2022;327:1771–81.
- 8 McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM ym. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J* 2024;45:3912–4018.

SIDONNAISUDET

Tuomas Kiviniemi: Apurahat (EU/EIC pathfinder MIRACLE, H2020 Ecsel Moore4Medical, Suomen Akatemia LAA-CLOSURE, Sydäntutkimussäätiö CAREBANK, Emil Aaltosen Säätiö, CAREICON).