

# Ulusal Kalp Sağlığı Politikası Kalp-Damar Hastalıklarından Korunma Stratejileri

Prof. Dr. Altan ONAT

Türk Kardiyoloji Derneği, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Emekli Öğretim Üyesi

## Özet

Türk halkı için kalp-damar sağlığı alanında rasyonel politika geliştirebilmek amacıyla, korunma strateji seçenekleri bu yazıda ele alınmıştır. Birey (yüksek risk) stratejisi ile popülasyon stratejisinin birlikte yürütülmesi önerilirken, temelde TEKHARF Çalışması verilerinden hareketle yetişkinlerimizde başlıca risk faktörlerinin popülasyona atfedilebilecek risk tahmini yapılmıştır. Hedef kitlelerin belirlenmesinde, 40 yaş üzerindeki erkek ve 45 yaş üzerindeki kadınlara odaklanmak suretiyle hedef daraltılabilir. Türk erişkinlerinin risk profilinde pratikte önem taşıyan bazı farklılıkların varlığına dayanarak, metabolik sendrom, abdominal obezite ve total kolesterol normlarında uluslararası kılavuzlara ek olarak bazı ayarlamaların ulusal kılavuzlarımıza girmesinde yarar vardır. Devletin kalp-damar sağlığını korumaya önem ve öncelik vermesinin orta vadede çok verimli olacağına ve bunun vazgeçilmez olduğuna cari hükümetlerce inanılmalı; hükümet sağlık harcamaları içinde korumaya yönelik payı artırmalı ve inandırıcı bir politika geliştirmelidir. Girişimsel ve girişimsel olmayan tedavi usulleri alanında maliyet-etkinlik kriterlerine uyulması zorunludur. (Türk Kardiyol Dern Arş 2004; 32: 596-602)

**Anahtar kelimeler:** Koroner kalp hastalığından korunma, kalp sağlığı politikası, korunma stratejileri

## Summary

### Strategies for Cardiovascular Prevention Related to a National Cardiac Health Policy

This article reviews the options of prevention strategies for the purpose of developing a rational policy for cardiovascular health in Turkish adults. Individual (high-risk) strategy should be combined with a population strategy, for which estimates of population-attributable risk of 7 major risk factors for our adults were provided, based on the data of the Turkish Adult Risk Factor Study. The targeted population may be narrowed to men aged  $\geq 40$  and women aged  $\geq 45$  years. Based on the existence of significant differences in the risk profile of Turkish from Western adults, it would be appropriate to incorporate some adjustments to the national guidelines in adopting from the international guidelines in areas of the metabolic syndrome, abdominal obesity and normal limit of total cholesterol. Governments should be convinced firmly that lending importance and priority to cardiovascular health protection is cost-effective and indispensable, and they should both raise the share of prevention within the health expenditure and develop a related convincing policy. It is also required to conform to criteria of cost-effectiveness in areas of interventional and noninterventional treatment. (Türk Kardiyol Dern Arş 2004; 32: 596-602)

**Key words:** Cardiovascular health policy, cardiovascular prevention, prevention strategies

Sağlık insan gelişmesinin merkezindedir, merkeze getirilmelidir. Düzgün sağlık olmadıkça, bireyler, aileler, toplumlar ve uluslar sosyal ve ekonomik hedeflerine ulaşmayı umamazlar.

Kalp sağlığı alanında politika geliştirmek üzere, korunma stratejisinin bilimsel kanıta dayanması, bunun için de sağlam bir kardiyovasküler sağlık araştırması ve epidemiyolojik veri temeli

gereklidir. Bununla birlikte halkın tercihleri ve tahsis edilebilecek kaynaklar da bilinmelidir (WHO).

Stratejilerin yelpazesi geniş, ama kaynaklar sınırlı olduğundan, hükümetler eylem için sınırlamalar getirmelidir, ve bu sınırlar içerisinde öncelikler seçilmelidir. Somut olarak, korunma sistemi ve hizmetleri için tahsisat düzeyi, hizmetler ve coğrafi bölgeler arasında bütçenin dağılımı, başlıca korunma ve tedavi şekilleri için ayrılacak kaynaklar, tedavi görmesi gereken hasta ya da kişilerin seçimi, bu bireylere ayrılacak giderlerin saptanması karara bağlanmalıdır.

Bu genel bilgilerden sonra ve halkımızda koroner kalp hastalığı (KKH)'ndan korunma stratejilerini irdelemeden önce, kardiyovasküler hastalığın insanlarımızda yaptığı sağlık *hasar boyutunu* bilmeliyiz, hastalığa bizde neden olan başlıca etkenleri ve bunların popülasyona atfedilebilecek risklerini değerlendirmeliyiz ki, risk fazlalığının nisbi boyutlarını değerlendirip korunma çabalarımızda ona göre ağırlık verelim.

TEKHARF çalışmasınca sağlanan verilere göre, yurdumuzda her yıl 330 bin kişide yeni olarak KKH gelişmektedir. Toplam KKH havuzu yaklaşık 2.8 milyon kişidir. KKH sonucu her yıl 170 bin yurttaşımızı kaybetmekteyiz <sup>(1)</sup>. Koro-

ner mortalite bakımından Avrupada yer alan 50 ülke arasında en önde gelen 5 popülasyondan biriyiz. Hastalarda heba olan işgücü ve ekonomiye katkı eksikliği bunların dışındadır.

#### *Risk profilimizin başlıca etkenleri ve etkileri*

Standart risk faktörlerinin erişkinlerimizde meydana getirdiği veya eklediği nisbi KKH riski Batılı popülasyonlardakinden pek farklı değildir. Bunu TEKHARF çalışmasının prospektif incelemelerinden öğrenmiş bulunuyoruz. Ama bunların toplum içindeki yaygınlığı ulus kümeleri arasında hayli fark göstermektedir. En çarpıcı iki örnek, LDL ve HDL kolesterol düzeyleridir. Yüksek LDL-K düzeyi prevalansı bizde Avrupa'dakinin yarısı kadar, HDL-K düşüklüğü prevalansı bizde onların iki katıdır. Bu farklar yüzünden her toplum, KKH'ndan korunma önceliklerini kendi risk profiline göre belirlemelidir. Bu yaklaşımı Tablo 1 üzerinde açıklamağa çalışacağım.

Toplumumuz için en önemli bağımsız 7 risk faktörünü <sup>(2)</sup>, toplum açısından önem sırasına göre bu tabloda dizilmiş görmekteyiz. Faktörler için kullanılan alışılmış kriterlerin 30 yaşını aşan nüfusta kaç kişide bulunduğu ikinci sütunda bildiriliyor. Risk faktörlerinin "hazard oranı" ile etyolojik fraksiyonunun (erişkinlerde yay-

**Tablo 1. Türk erişkinlerinde cari başlıca risk faktörleri ve "yarattığı" yeni KKH sayısı**

	Kriter	Halkımızda sıklığı, m	1 SD	Hazard oranı	Bireysel etiyolojik fraksiyon	PAR (yeni KKH sorumluluğu/yıl)
Sigara içimi		10		1.80	0.27	51000
Hipertansiyon, mmHg	140/90	11	25	1.70	0.26	49000
HDL-K düşüklü., mg/dl	40/50	15	12	1.36	0.18	34400
Abdominal obezite, cm	97/89	12	12	1.34	0.14	26000
Diyabet, II tipi		3		1.80	0.08	15300
LDL-K yüksek., mg/dl	130	10	30	1.20	0.07	12800
Fizik aktivite azlığı		10			0.03	11500
T o p l a m		71				200000
Metabolik sendrom		12		1.71	0.28	54300

Toplam yılda 330 bin yeni KKH, >30 yaş nüfus 30 milyon olması varsayımıyla  
m= milyon



gınlığının) hesaplanmasından sonra, son sütunda herbirinin yaklaşık kaç kişide her yıl yeni KKH yaratmasından sorumlu olacağı veriliyor. Yaş, cinsiyet hormonları, psikososyoekonomik faktörler, inflamasyon, tromboza eğilim yaratan faktörlerin bağımsız etkilerini dışladıktan sonra, yılda 200 bin yeni KKH'nın bu en önemli 7 faktörden kaynaklandığı varsayılabılır.

Bu değerlendirme sigara içimi ile hipertansiyonun KKH olayı açısından en başta geldiğini açıklamaktadır. HDL-K düşüklüğü ile abdominal obezite onları izlemekte, diyabet, LDL-K yüksekliği ve oturgan hayat ardından gelmektedir. Bu analiz, bazı fertlerde hayati öneme sahip LDL-K yüksekliğinin, toplumumuzun bütünü açısından en önde yer almadığını vurgulamaktadır. Tersine bu tablo, sigaradan uzaklaşmak için ne kadar çaba sarf edilse yararlı olacağının altını çizmektedir. Bu bulgular Murray ve ark.nın düşük gelirli ülkelerde risk değerlendirmesi (3) için aldığı dört risk faktörü ile örtüşmekte, bizde ayrıca HDL-K'ü içermektedir; andığım yazarlar hatta kolesterolü pratik açıdan dışlamışlardır. Sonuçları 2 ay önce açıklanan 52 ülkeyle ilgili INTERHEART çalışmasında (4), bizim içerdiğimiz faktörler dışında psikososyal etkenler, sebze-meyve tüketimi ve düzenli alkol tüketimi anlamlı etkenler olarak belirmiş ve LDL-HDL yerine apo B/apo AI oranı alınmıştır.

#### *Başlıca korunma stratejileri*

KKH'ndan korunma geniş ölçüde majör risk faktörleri düzeylerinin azaltılmasına bağlıdır. Azalmayı elde etmek amacıyla, iki strateji uygulanır; bunlar popülasyon stratejisi ve birey stratejisi olarak adlandırılır. Her ikisi birbirini tamamlayıcı olup bunların birlikte yürütülmesi durumunda, KKH'dan korunma en fazla başarı sağlamaya adaydır.

#### *Popülasyon stratejisi*

Yetişkinlerin tümünün veya büyük bölümünün bilgilendirilmesini kapsar. "Sağlıklı yaşam tarzı" olarak bilinen ve sigaradan uzak durma,

dengeli, sağlıklı beslenme, fiziksel etkinliği artırma yoluyla korunmaya yöneliktir. Bu strateji, halkın büyük bir bölümünün, sigara içme, sağlıksız beslenme ve/veya oturgan hayat tarzından doğan bir ya da daha fazla KKH risk faktörünü barındırdığına ilişkin bilgiye dayanır. Gerçekten, TEKHARF çalışmasındaki bireylere, taşıdıkları risk değişken düzeylerine göre (Framingham veya TEKHARF) risk puanı vermek suretiyle, yüksek riskli fertlerin payı belirlenmeye çalışılmıştır. Görülmüştür ki, önlerindeki 10 yıl içerisinde yeni KKH gelişme olasılığı %20 veya daha fazla olarak tanımlanan yüksek riskliler %28'i teşkil etmektedir. Buna göre 8-9 milyon yurttaşımızın yüksek KKH riski taşıdığı tahmin edilebilir.

Sigara içme durumu, şişmanlık, hareketsizlik ve dengesiz beslenme o kadar sıktır ki, bu etmenleri bulunduran milyonlarca kişiye, ancak sürekli bir eğitim ve bilgilendirme etkinliğiyle ulaşılabılır. Klinik uygulamadaki hekimler de bu tür halk sağlığı mesajlarını sözlü olarak, ya da çeşitli vesilelerle sunacakları bilgi posterlerini iletme veya kişisel örnek olmaları yoluyla, bu eğitici işlevde güçlendirici rol oynayabilirler.

#### *Birey stratejisi*

Buna *yüksek-risk stratejisi* de denir. Özellikle yüksek riskli, nisbeten az sayıda kişilerin belirlenip tek tek tedavi edilmesi esasına dayanır. Bu bireylerin açığa çıkarılması klinik muayene ve laboratuvar tahlillerini gerektirdiğinden, birey stratejisi daha pahalı bir yaklaşımdır.

İki farklı yaklaşım benzer koruyucu önlemleri içerir. Bu nedenle, en iyi sonuçlar her iki stratejiyi kombine etmekle sağlanır; daha açık bir deyişle, bireysel bakıma muhtaç olan kişilerin sayısı, etkin bir popülasyon stratejisiyle geniş ölçüde azaltılabilir. Ama orta derecede veya şiddetli hipertansiyonu bulunan, total kolesterol düzeyi örneğin 240 mg/dl olan veya aşırı şişman bir kişide, popülasyon stratejisi yeterli olmaz, onların doğal olarak hekim tarafından tedavileri gerekir (5).

Yüksek riskli bireylerin belirlenmesinde, kaynakları daha verimli kullanmak üzere, aşağıda açıklanan şekilde seçici davranmak uygundur (*seçmeli tarama*):

Soy geçmişinde erken yaşta kardiyovasküler hastalığa (yani KKH, inme, periferik arter hastalığına) yakalanmış olanların varlığı, soy geçmişinde lipid bozukluğu ya da hipertansiyonu bulunanlar, sigara içenler, hipertansiyon, obezite, tip II diyabeti, gut hastalığı veya ksantoma, ksantelasma, ya da arcus corneae'si bulunanlar.

Buna ilaveten sistematik *vaka bulma* çabası da gerekir. Böyle bir çaba mutad hekim-hasta ilişkisi çerçevesinde mümkündür: ister hastanın ilk vizitinde, ister işe girme vesilesiyle yapılacak bir sağlık kontrolünde, isterse herhangi bir araya giren bir tıbbi sorun durumunda. Böylece, belli bir dönem sırasında fertlerin büyük bir bölümünde KKH risk faktörleri değerlendirilir. Nüfusun mümkün olduğunca büyük kısmına ulaşmak için, vaka bulma en iyi bir şekilde primer sağlık birimlerinde ve hastanelerde yapılmalıdır. Laboratuvar kaynaklarının asgari düzeyde tutulabilmesi için, pratisyen hekimler bu vaka bulma çabası alanında kilit rolü oynamalıdır. Bu uygulama bizde de potansiyele sahiptir, yeter ki hem eğitim programları organize edilsin, hem de basit ölçme cihazları kullanılsın. Özetle, *vaka bulma* çabası ile *seçmeli taramanın* kombine edilmesiyle, yüksek KVH riski taşıyan bireyler optimal bir şekilde ortaya çıkarılabilir.

#### *Korunmayı etkileyen kilit örgütler*

Klinik uygulamadaki hekimler dışında, korunma alanında Sağlık Bakanlığı, birçok meslek kuruluşu ve medyanın üzerine düşen sorumluluk ve görev büyüktür. Herbirine ayrı işlevler düşse de, bu unsurların koordine bir şekilde hareket etmesi durumunda, kamuoyundaki etkisi onca fazla olur. Ancak samimi bir inanç, amaca adanmışlık, uzmanlık ve fedakarlık isteyen böyle bir tutumun ülkemizde geliştirilip işlerlik kazanması zordur. 1999 sonunda kurulan Ulusal

Kalp Sağlığı Platformu, kuruluşlar bazında bireysel fedakarlığın yeterince sürdürülememesi sonucu, 3-4 yıl içerisinde dağılmak zorunda kalmıştır.

#### *Kaynaklar ve öncelikler*

Tüm koruyucu sağlık harcamalarının yılda sadece 700 milyon \$ civarı olduğu tahmin edilmektedir. Bundan kalp-damar hastalıklarından korunmaya düşen pay belki 100 milyon \$ gibi cüzi bir meblağdır. Devletin sağlığı korumaya önem ve öncelik vermesinin orta vadede çok verimli olacağına ve bunun cari hükümetler için vazgeçilmez olduğuna inanmalı ve inandırıcı bir politika geliştirmelidir.

#### *Hedef kitlelerin belirlenmesi*

Bir yandan büyük kitle için popülasyon stratejisi ile primer korunma yöntem ve araçları uygulanıyorken, öte yandan sınırlı maddi ve insan kaynaklarıyla optimal korunma verimi sağlamak üzere, yakın gelecek için hedefler belirlenmelidir. Bu hedefler, kanımca, dört grupta odaklanmalı: metabolik sendrom (MS), hipertansiyon (HT) ve tip II diyabetin prevalanslarındaki yaş-standardizasyonlu artışı durdurma ve sigara içen gençlerin sayısını azaltma. İlk anılan her üç durum, önceliği şu nedenlerle çekmektedir: bağımsız nisbi riskleri yüksek (hazard oranı 1.8 civarında), popülasyonda yaygındır (gerçi diyabet sadece 3 milyon kişide bulunuyorsa da, MS ile HT 10-12 m kişiyi kapsamaktadır), ilaçsız ve/veya ilaçla tedavileri önemli başarı sağlayabilecek niteliktedir, ve bu durumlar belli bir yaş gerektirdiği için 40 yaş üzerindeki erkek ve 45 yaş üzerindeki kadınlara odaklanmak suretiyle hedef daraltılabilir. İlgili kesimdeki nüfuzumuz 19 milyon olup tüm nüfusun %27'sini, erişkin nüfusun %45'ini temsil etmektedir. Kırk yaşından itibaren MS sıklığı %40-45 dolayındayken, 30-39 yaş grubunda bu sıklık yarı yarıya %21 civarındadır. Hipertansiyon için bu sıklık farkları daha da belirgindir: %11 yerine %35-50'dir, tip II diyabet için ise, %2'den az yerine %10'dur.



Üstelik, 40 yaşından sonra erkek ve kadınlar sağlıkları için daha duyarlı ve dikkatli olmaktadır. Bunun bir göstergesi, sigarayı içen her 8 erkeğimizden birinin içmeyi bırakmasıdır. Bu oranı daha yoğun bir bilinçlendirmeyle yükseltmek mümkündür. Beslenme ve egzersiz konusunda da insanlarımızın etkilenme şansı bu dönemde hayli daha yüksektir. Hekim kontrolüne gitmeleri ve kontrolde kalmaları muhtemeldir. Bu üç alanda 40 yaş üzerine odaklanma etkinlik yaratırken, sigara alanında korunmak amacıyla, tersine, 13-20 yaş grubu gençlerin bilgilendirilmesi ve sportif, sosyokültürel faaliyet cazibelerinin artırılması semere vermeğe adaydır.

#### *Korunmada bazı hedefler ve hekim kılavuzlarımıza girmesi gereken bilgiler*

KKH'ndan korunma alanında yayınlanmış uluslararası uygulama kılavuzları, ilgili hekimlerimizin, hastaları ya da tavsiye almak için başvuran kişiler için önemle dikkate alacakları, uya-cakları esaslar olma durumundadır. Bu kılavuzların yayılması ve uygulamaya konması için resmi kurumlar ve sivil toplum kuruluşları gerekli finansal desteği, örgütlemeyi ve eğitim programlarını giderek yoğunlaştırmalıdır. Bu hususta, özellikle sekonder korunmada, ilaçla tedavide gerektiği düşünülen ile klinikte uygulanan durum arasında Avrupa'nın gelişmiş ülkelerinde de büyükçe bir açık olduğuna ilişkin yayınlar sürmektedir. Uygulama durumunu denetleyen bu tür sondajların, yurtdışında olduğu gibi, bizde de periyodik biçimde yapılması sürmelidir.

Öte yandan, Batılılarla kıyaslandığında, Türk erişkinlerinin risk profilinde pratikte önem taşıyan bazı farklılıkların varlığını, TEKHARF çalışması ortaya koymuştur. Bunlar nelerdir? En başta metabolik sendromun bizde hayli daha sık olduğunu, daha genç yaşta başladığını biliyoruz. Hem bununla bağıntılı, hem de genetik kökenli olarak HDL-kolesterol düzeylerimizin 1/5 oranında düşük olduğu da son 10-15 yılda gösterildi. Halkımızda abdominal obezitenin genel obeziteden fazla önem taşıdığı yine malumumuz.

Sıraladığım bu üç önemli bünye farklılaşmasına uyumlu bir önlemler manzumesi alınması amacıyla, bu kritik konularda stratejimizin hekim kılavuzlarında modifiye biçimde yer almaları zaruridir. *Metabolik sendrom* konusunda Türk Kardiyoloji Derneği, kendi Korunma Kılavuzuna (6), bu insülin direnci sendromunu orta ve yüksek risk göstergesi olarak almış bulunmaktadır. Yüksek risk sınırı için, 50 yaş ve kadında TK/HDL-K oranının gözönünde tutulması benimsenmiştir. Diğer bazı kılavuzlara da bu kuralın geçmesinde yarar vardır.

*Abdominal obezitenin* (göbekliliğin) genel obeziteden daha zarar verici olduğu kavramı kılavuzlarda daha önemli biçimde yer tutmalı, bunun sonucu olarak asıl bel çevresi ölçüsü hekimlerimizce yaygın biçimde izlenmeli ve ilgili yurttaşlarımıza bu aşılmalıdır; üstelik, önlem almak üzere "eylem düzeyi" olarak Türk erkeklerinde 102 cm sınırı değil, 96 cm sınır olarak kabul ve tavsiye edilmeli. Viseral obezitenin en iyi göstergesi bel çevresi olup, bununla ilgili eylem düzeyi olarak erkeklerimizde  $\geq 96$  cm alınmalı, yani bugüne dek tavsiye edilenden daha dar bir bel çevresi benimsenmelidir. Beden kitle indeksleri 25-28 kg/m<sup>2</sup> gibi obezite kriterinden uzak olan yüzbinlerce erkeğimiz, 100 cm ya da daha geniş olan bel çevresi ile riskinden habersizce hayat sürdürmektedir. Bu kişilerin, bekleyen tehlikeler konusunda uyarılmaları gerekir. Bu alanda TKD'nin örnek biçimde öncü olmasında, endokrinoloji, obezite ve diyabet derneklerinin de onu izlemelerinde isabet olacağını düşünüyorum ve içten temenni ediyorum.

En önemli *total kolesterol* kriterlerinden biri, hepimizce bilindiği gibi, 200 mg/dl altındaki değerlerin normal olduğunu öne sürer. Oysa, toplumumuzda 180-200 mg/dl arasındaki değerleri - hele erkeklerimiz için - normal kabul etmemiz epidemiyolojik bulgularla bağdaşmaktadır (7). Bu gruptaki bireylerden HDL-K düzeyleri normal olan nisbeten küçük bölümü dışlanınca, çoğunluğun düşük bulunan HDL-K düzeyleri nedeniyle yüksek KV risk tehdidi al-

tında yaşadıkları keyfiyetinin hekimce kendine bildirilmesi ve ona göre önlemlere yönlendirilmesi bir zarurettir. Konu, gerekirse bilimsel platformlarda daha tartışılmalı, ama konuya seyirci kalınmamalıdır.

Türk erişkinlerinin bu farklı risk profili nedeniyle önlem alma, eyleme geçme düzeyinin aşağıya çekilmesi gereğine karşı itiraz seslerinin yükselmesini ilk bakışta yadırgamam. Ancak, profil yapımız belli olduğuna göre, rasyonel tedbirlerin alınmasına karşı çıkmak ya da geçiştirmek, halkımıza karşı mesleki sorumluluğumuzdan kaçmak sayılır.

*Bazı gruplar ve bireysel risk faktörleri açısından korunma: kadınlar, sigara içme, yaşlılar*

Kardiyovasküler hastalık veya KKH açısından erkek-kadın arasında menopozdan önceki belirlenmiş fark, menopozdan sonra giderek kapanıp asgariye iner. Ancak Türk kadınında bu fark, olması gerekenden azdır, yani kadınlarımız daha fazla nisbi risk altındadır. Bu durum, Türk kadınının bellibaşlı risk faktörlerini daha fazla taşımasından ileri gelmektedir. Somut olarak sistolik ve diyastolik kan basıncı, kanda total ve LDL-kolesterol, fibrinojen ve C-reaktif protein düzeyleri ile diyabet ve metabolik sendrom prevalansları kadınlarımızda anlamlı biçimde yüksektir. Türk kadınının mutlak KKH riskinin Batılı kadınlardan yüksek olmasını da açıklayan bu durum karşısında, kadınlara yönelik korunma önlemlerinin özellikle yararlı olacağına inanıyorum. Hem metabolik sendromun çeşitli unsurları, hem de LDL-K düzeyleri yüksek olan kadınlarımıza bir de son onyılda artan sigara alışkanlığının eklenmesi riskleri katlandıracağından, onları bu konuda etkin bir şekilde bilgilendirmek önem taşır. Şişmanlıktan kaçınılması, düzenli egzersiz yapmaları açısından da teşvikler sürdürülmeli.

*Yaşlılar* gerek Batı dünyasında, gerek ülkemizde en hızlı artış gösteren nüfus kesimini temsil etmektedir. KKH sıklığı artmağa devam eden

bu kesime, ABD'de sağlık harcamalarının üçte birinden fazlası gitmektedir. Kalp yetersizliğine ve felç olaylarına sık rastlanan yaşlılarda, konu önem taşır. Hernekadar yaşlılarda (>70 y.) statinlerle korunmanın etkinliği ve başarısına ilişkin bilgilerimiz azsa da, 2 yıl önce yayınlanan randomize PROSPER çalışmasında<sup>(8)</sup> toplam mortalitede değilse de, toplam vasküler olaylarda (%15'lik) ılımlı bir azalma kaydedilmiştir. Bu itibarla, klinik uygulamada yaşlıların birincil ve ikincil korunmasında seçme yüksek-riskli kişilerde statinlerden yararlanılabilir.

*Sigara içmeyle* mücadele hem hükümetin ve Sağlık Bakanlığının, hem de çeşitli mesleki kuruluşların, öncelikle uzman sigarayla savaş derneklerinin ve medyanın alanına girer. Bu arada 1990'lı yıllarda çıkarılan kanun ve de sigara satışına yeni getirilen vergilerin yükseltilmesi doğru yolda adımlar olmuştur. Yine de kamu yerlerinde sigara içilmemesine ilişkin kanunun uygulamasındaki gevşeklik önlenmeli. Derneğimizin de hazırladığı TV spotlarına benzer spotların ana televizyon kanallarında daha sık yayınlanması yoluna, dernekler arasındaki ortak bir çabayla gitmek uygun olur.

*İlaç tedavisi ve girişimler için risk sınırları*

Zengin ülkeler dahi tedavi için ayırdıkları mali kaynaklarını kısıtlı tuttuklarına göre, kaynakları çok daha sınırlı olan ülkemizde, girişimsel ve girişimsel olmayan tedavi usulleri alanında maliyet-etkinlik kriterlerine uyulması zorunluluktur. TKD'nin 1999'da yayınladığı Koroner Arter Hastalığı Yaklaşım ve Tedavi Kılavuzu'nda "ulusal gelirimiz dikkate alındığında kurtarılan yaşam yılı başına 10,000\$'ın (ki yaklaşık 3 yıllık ulusal gelire eşdeğerdir) altındaki bir maliyette sahip uygulamalar maliyet-etkin, 10-20,000\$ arasındaki maliyetler ise sınırda maliyet etkin sayılabilir. Bu ve TKD'nin bundan sonra yayınladığı KKH Korunma ve Tedavi Kılavuzu'nda önlerindeki 10 yılda KKH gelişme riski %20 veya üzerinde bulunan (=yüksek riskli) kişilerde, yaşam tarzı değişikliklerine ilaveten, ilaç te-



davisine geçilmesinin maliyet-etkili olacağı kabul edilmiştir. KKH veya tip II diyabeti bulunan ya da 50 yaşını aşkın metabolik sendromlu kişilerin bu risk kategorisine girdiğini hatırlatabilirim. Sosyal güvenlik kurumlarınca ödeme yapılan uygulamalarda maliyet-etkinlik kıstaslarının esas alınması akılcı bir yoldur.

### *Geçmişteki kazanımlar*

Ülkemizde koroner kalp hastalığından korunma alanında 1990 yılından beri büyük adımlar atıldığı inkar edilemez. Öncelikle halkımızın kardiyovasküler profili, neredeyse hiç bilinmezken, TEKHARF çalışmasının ortaya koyduklarıyla geniş ölçüde bilgi sahibi olunmuştur. Böylece, korunmanın boyutu, risk faktör alanları, hangi hedef kitleye yöneleceği halen bilinmektedir. Çeşitli sivil toplum örgütlerinin faaliyeti ve medyanın katılımıyla, bu bilgiler sık sık kamuoyunun dikkatine sunulmuştur. Bugün erişkinlerimizde hepsinde değil, ama çoğunda korunmayla ilgili doğru bilgiler - hiç değilse anahatlarıyla - mevcuttur denebilir. Örneğin, çok kimse de sağlıklı beslenme merak uyandırmaktadır; zayıflama ihtiyacını duyan ve yollar deneyenlerin sayısı küçümsenemez; birçok şehrimizde yürüyüş ve jogging yapan binlerce kişiye rastlamaktayız. Antihipertansif tedavi uygulamasının yaygınlaşması sonucu, kan basıncı düzeylerimizdeki yükseliş kanımca durmuş, belki tersine bir eğilim başlamıştır.

Bütün bu ilerlemelere rağmen, edinilen bilgilerin uygulamaya konulmasında hayat tarzı değişimine karşı - birçok başka popülasyonda olduğu gibi - büyük bir dirençle karşı karşıyayız. Özellikle sigara konusunda sağlanan kazancın

küçük olduğu, hekimler arasında bile sigara içmeye devam edenlerin oranının hala arzu edilene çok üstünde olduğu dikkat çekmektedir. Oysa onlar toplum ve hastaları için örnek olma durumundadırlar. Obezite epidemisi kontrol altına alma yoluna girmiş değildir. Egzersiz konusunda daha geniş kitleler harekete geçirilebilmiş değildir. Dolayısıyla, KKH'nda korunma konusunda katetmemiz gereken daha çok uzun bir yol bulunmaktadır.

### **KAYNAKLAR**

1. Onat A, Sarı İ, Tuncer M, Karabulut A, Yazıcı M, Türkmen S, Doğan Y, Keleş İ, Sansoy V: TEKHARF çalışması takibinde gözlemlenen toplam ve koroner mortalitenin analizi. Türk Kardiyol Dern Arş 2004; 32:595-
2. Onat A: Risk factors and cardiovascular disease in Turkey. Atherosclerosis 2001; 156: 1-10
3. Murray CJL, Lauer JA, Hutubessy RCW, et al: Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: a global and regional analysis on reduction of cardiovascular-disease risk. Lancet 2003; 361:717-25
4. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al; INTERHEART Study Investigators: Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART Study): case-control study. Lancet 2004; 364:912-4
5. Wald NJ, Law MR: A strategy to reduce cardiovascular disease more than 80%. BMJ 2003; 326:1419-24
6. Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzu. Türk Kardiyol Dern Arş 2002; 30:568-94
7. Onat A: Halkımız için total kolesterol düzeyi normal üst sınırı neden mutlaka 180 mg/dl'ye çekilmeli. Türk Kardiyol Dern Arş 2001; 29:703-7
8. Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB, et al. PROSPER study group: Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomized controlled trial. PROspective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk. Lancet 2002; 360:1623-30