

16. Ellis HJ, Doyle AP, Day P, Wieser H, Ciclitira PJ. Demonstration of the presence of coeliac-activating gliadin-like epitopes in malted barley. *Int Arch Allergy Immunol* 1994; 104: 308–10.
17. Collin P, Reunala T. Recognition and management of the cutaneous manifestations of celiac disease: a guide for dermatologists. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4: 13–20.
18. Kemppainen T, Uusitupa M, Janatuinen E, Järvinen R, Julkunen R, Pikkarainen P. Intakes of nutrients and nutritional status in coeliac patients. *Scand J Gastroenterol* 1995; 30: 575–9.
19. Bardella MT, Fredella C, Prampolini L, Molteni N, Giunta AM, Bianchi PA. Body composition and dietary intakes in adult celiac disease patients consuming a strict gluten-free diet. *Am J Clin Nutr* 2000; 72: 937–9.
20. Mariani P, Grazia Viti M, Montuori M, La Vecchia A, Cipolletta E, Calvani L et al. The gluten-free diet: a nutritional risk factor for adolescents with celiac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998; 27: 519–23.
21. Thompson T. Folate, iron, and dietary fiber content of the gluten-free diet. *J Am Diet Assoc* 2000; 100: 1389–96.
22. Grehn S, Fridell K, Lilliecreutz M, Hallert C. Dietary habits of Swedish adult coeliac patients treated by a gluten-free diet for 10 years. *Scand J Nutr* 2001; 45: 178–82.
23. Hallert C, Grant C, Grehn S, Grännö C, Hultén S, Midhagen G, Ström M et al. Evidence of poor vitamin status in coeliac patients on a gluten-free diet for 10 years. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16: 1333–9.
24. Usai P, Minerba L, Marini B, Cossu R, Spada S, Carpinello B et al. Case control study on health-related quality of life in adult celiac disease. *Digest Liver Dis* 2003; 34: 547–52.
25. Hallert C, Grant C, Grehn S, Grännö C, Hultén S, Midhagen G et al. Quality of life of adult coeliac patients treated for 10 years. *Scand J Gastroenterol* 1988; 33: 933–8.
26. Hallert C, Grännö C, Hultén S, Midhagen G, Ström M, Svensson H et al. Living with coeliac disease. Controlled study of the burden of illness. *Scand J Gastroenterol* 2002; 37: 39–42.
27. Janatuinen EK, Pikkarainen PH, Kemppainen TA, Kosma V-M, Järvinen RMK, Uusitupa MIJ et al. A comparison of diets with and without oats in adults with celiac disease. *N Engl J Med* 1995; 333: 1033–7.
28. Srinivasan U, Leonard N, Jones E, Kasarda DD, Weir DG, O'Farrel Feighery C. Absence of oats toxicity in adult coeliac disease. *BMJ* 1996; 313: 1300–1.
29. Størud S, Olsson M, Lenner RA, Nilsson LÅ, Nilsson O, Kilander A. Adult coeliac patients do tolerate large amounts of oats. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57: 163–9.
30. Reunala T, Collin P, Holm K, Pikkarainen P, Miettinen A, Vuolteenaho N et al. Tolerance to oats in dermatitis herpetiformis. *Gut* 1998; 43: 490–3.
31. Lundin KEA, Nilsen EM, Scott HG, Løberg EM, Gjøen A, Bratlie J et al. Oats induced villous atrophy in coeliac disease. *Gut* 2003; 52: 1649–52.

Doktoravhandlinger



Aterosklerotisk sykdom i allmennpraksis

Forebygging har fått stor betydning i behandlingen av hjerte- og karsykdommer. Det skyldes resultatene fra kliniske studier bl.a. når det gjelder kolesterolnivå og blodtrykk. Formålet med arbeidet var å beskrive behandling av pasienter med høyrisiko for aterosklerotisk sykdom (hjerteinfarkt, hjerneslag, nedsatt blodsirkulasjon) i norsk allmennpraksis i tidsrommet 1994–99. Fire forskjellige populasjoner med til sammen 9 266 pasienter fra nesten 800 allmennlegepraksiser ble undersøkt med henblikk på risikofaktorer, kosthold, behandling og behandlingsmål. Et kort, selvinstruerende spørreskjema for kosthold er utviklet til bruk i klinisk praksis.

I det observerte tidsrommet hadde pasientene lav fysisk aktivitet, 25–30 % røykte, og vekten var økende. Tre firedeler av pasientene hadde likevel endret sitt kosthold i en sunnere retning. Pasientene syntes å ha et kosthold med gunstigere sammensetning enn en referansegruppe representativ for den norske befolkning, men i begge grupper var det underforbruk av frukt og grønnsaker.

Fra 1994 til 1999 økte bruk av acetylsalisylsyre hos de undersøkte høyrisikopasientene fra 50 % til 70 %. Forskrivning av kolesterolsenkende medikamenter ble tredoblet fra 18 % i 1994/95 til 55 % to år senere.

Undersøkelse på behandlingsmål for fettstoffer i blod viste at i 1999 hadde 36 % av pasientene totalkolesterol < 5 mmol/l og LDL-kolesterol < 3 mmol/l. Færre nådde dette målet i primærforebygging og færre kvinner enn menn. Jo bedre hjertevennlig kosthold pasientene hadde, desto bedre syntes behandlingsmålet å bli nådd. 31 % av pasientene hadde blodtrykk < 140/90 mm Hg (< 130/85 mm Hg ved diabetes), og bare 11 % nådde det kombinerte behandlingsmål for blodtrykk og lipidverdier. Funnene er i tråd med tilsvarende observasjoner gjort i utlandet.

I avhandlingen er diverse behandlingsmål for blodlipider undersøkt. Et behandlingsmål på LDL-kolesterol < 3 mmol/l og triglyserider < 1,5 mmol/l sikrer en bedre generell lipidprofil enn det offisielle mål totalkolesterol < 5 mmol/l og LDL-kolesterol < 3 mmol/l. Dette kan spesielt være gunstig ved diabetes.

Spørreskjemaet for kartlegging av kosthold, SmartDiet™, er prøvd ut mot veid kostregistrering. Skjemaet består av 15 spørsmål om kostens innhold av fett, fiber, fisk, frukt og grønnsaker, og fylles ut på fem minutter. For hvert svar gis poeng som blir summert. Ved gjentatte utfyllinger kan endring av kostholdet følges.

Arbeidet konkluderer med at leger bør sørge for omhyggelig oppfølging av hjerte- og karpasienter. Med regelmessige kontroller, gjentatte oppfordringer til sunnere livsstil samt eventuell intensivert medikasjon i henhold til erfaring fra kliniske studier, kan de anbefalte retningslinjer for behandling lettere nås. Det kan gi risiko-reduksjon.

Avhandlingens tittel

Intervention on risk factors for atherosclerotic disease in general practice

Utgår fra

Lipidklinikken
Medisinsk avdeling
Rikshospitalet

Disputas 29.10. 2003

Universitetet i Oslo

Arne Svilaas

asvilaas@online.no
Nymoens legekantor
Nymoens Torg 9
3611 Kongsberg