



Maten og helse vår



AV SVEIN O. KOLSET, Avdeling for ernæringsvitenskap, UIO

Undertegnede er blitt bedt om å kommentere Mysteruds betraktninger om mat og helse. De tar utgangspunkt i anmeldelsen av en bok av Fred og Alice Ottoboni med tittelen «The modern nutritional diseases and how to prevent them». Anmeldelsen gir Mysterud anledning til å komme med en del betraktninger og påstander om blant annet ernæringsforskere, kostanbefalinger og sammenheng mellom kost og helse. Mye av det som sies er påstander uten dekning i faktiske forhold, og vinklingen som velges gjør at konklusjonene blir mildt sagt diskutabile. Noen av temaene som presenteres bør kommenteres.

Dagens offisielle råd om hva man skal spise er ifølge Mysterud utdaterte. Dette er et synspunkt som framsettes med jevne mellomrom og spesielt fra grupper som har en annen agenda enn myndighetene, og hvor da anbefalingene derfra blir «hår i suppa». Det som er bemerkelsesverdig med de offisielle kostholdsråd som gis både i Norge og andre land på befolkningsnivå (og ikke på individnivå vel og merke), er at de støttes av så ulike fagmiljøer som de som arbeider med hjerte-karsykdommer, kreft, betennelsessykdommer og sukkersyke. Det skulle i seg selv mane til en viss ettertanke.

Det vil alltid være debatt om anbefalinger og det skal det være. De som gir anbefalinger er forskere, og de må forholde seg til dokumentasjon og publiserte data. Disse er tilgjengelig for alle. De er basert på fakta og helhetlige vurderinger. Anbefalinger er hele tiden gjenstand for debatt og nye vurderinger basert på nye data som framkommer. Som eksempel kan nevnes de felles nordiske anbefalingene som sist kom i 1996. De er nå revidert av en nordisk ekspertgruppe og den nye versjon skal snart publiseres.

Det man skal merke seg er at dette er anbefalinger. I motsetning til hva Mysterud synes å tro er det ikke slik at folk følger anbefalingene slavisk. Dette er og blir anbefalinger,

og det er opp til den enkelte, foreldre, skoler og helsemyndigheter hvor effektivt disse skal følges opp. For å si det slik: Man blir ikke bøtelagt i dette landet for ikke å følge anbefalingene! Fra et faglig synspunkt er det ønskelig at flere følger anbefalingene, men virkemidlene er begrensede. De med innsikt i forebyggende helsepolitikk har fått erfare det.

Karbohydrater er det en del debatt om. Her er det tre hovedgrupper man må skille mellom, sukker, stivelse og fiber. Anbefalingene i alle år har vært at man bør ha et lavt sukkerforbruk (ti prosent av totalt energi-inntak), et høyt inntak av karbohydratrike matvarer som brød, kornvarer, grønnsaker og et økt inntak av fiber som finnes bl.a. i grove brødsorter og grønnsaker. Det er derfor viktig å presisere hvilke typer karbohydrater man snakker om i en «karbodebatt».

Den nye lav-karbo-bølgen kommer fra USA og har fått disipler også i Norge. Den er først og fremst aktuell i slanke-sammenheng. Atkins-dietten er her et eksempel som vektlegger et høyt protein- og fettinntak. Suksesshistorier på slankefronten og sterke kommersielle aktører har gitt denne type dietter stor oppmerksomhet. Det som er slående er den totale mangel på dokumentasjon og da spesielt på langtidseffekter av et så ekstremt kosthold. Det bekymrer selvfølgelig ikke kommersielle aktører. Men her blir det nå gjort flere store undersøkelser for å sammenlikne ulike slankedietter, nettopp av de miljøer som ofte skjelles ut for ikke å følge med eller for å tviholde på «gammeldagse» oppfatninger av prestisjehensyn. Det interessante i denne sammenhengen er at Mysterud og andre fra såkalt «alternative» miljøer priser kommersielle aktører mens de ikke leverner ernæringsforskere uten kommersielle bindinger mye ære.

Fett og kolesterol er fremdeles et meget viktig tema i folkehelsesammenheng. Med den overvektsepidemien vi står overfor i dag, er dette faktorer man ikke kan ignorere. En

suksesshistorie i norske ernæringspolitikk siden begynnelsen av 60-tallet har vært kampen for å få ned dødsfall som skyldes hjerte-karsykdommer. Dette lyktes man med bl.a. fordi man fikk redusert mengden mettet fett i kostholdet samtidig som vi fikk nye margarinsorter med sterkt redusert innhold av transfettsyrer. Begge tiltak kom etter anbefalinger fra de ernæringsfaglige miljøene. Dette har gitt nedgang i det gjennomsnittlige kolesterolnivået og en nedgang i dødsfall fra hjerteinfarkt og hjertesykdom. Endringene måtte kjempes fram, både overfor sterke helsemiljøer som ville prioritere annerledes, og kommersielle interesser, som ikke ville forandre fettinnholdet i sine produkter. I dag er dette annerledes, men forandringene kom ikke av seg selv. Fagmiljøene måtte ha solid dokumentasjon i bunnen for å få politisk gjennomslag for de endringer som fant sted.

Det er også verd å merke seg at det i dag er mange kommersielle aktører som har sterk innflytelse over hva vi spiser. Kommersielle aktører vil her også være slankeaktører og forfattere med ulike typer budskap. Det høye sukkerforbruket og den økende tilgjengeligheten av ferdigmat med høyt fett- og sukkerinnhold og lavt innhold av fiber, frukt og grønt påvirker våre matvaner og dermed også vår helse i betydelig sterkere grad enn de anbefalingene våre myndigheter kommer med.

I visse miljøer er det blitt en sport å anklage forskere og myndigheter for vranglære, feilinformasjon, maktmisbruk og mye annen styggedom. De faktiske forhold for de som arbeider med folkehelsepolitikk er preget av helt andre problemer som lite penger til frukt- og grøntkampanjer i skolene, for mange brusautomater, høye priser på sunn mat, dårlig tilbud på gode fullkorn- og helkornbrød osv. Dette er reelle problemer som er viktige for folkehelsen. I møte med slike utfordringer oppleves Mysteruds betraktninger som ganske uinteressante.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert@online.no

Før forskrivning av SINGULAIR®, se preparatomtalen. SINGULAIR® er et registrert varemerke tilhørende Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.



C Singulair MSD

Leukotrienreseptorantagonist.

ATC-nr.: R03D C03

TABLETTER 10 mg: Hver tablett inneholder: Montelukastnatrium 10,4 mg tilsv. montelukast 10 mg, laktosemonohydrat 89,3 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt og gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Filmdrasjert. **TYGGETABLETTER 4 mg og 5 mg:** Hver tyggetablett inneholder: Montelukastnatrium 4,2 mg, resp. 5,2 mg tilsv. montelukast 4 mg, resp. 5 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), Kirsebærsmak. **Indikasjoner:** Tilleggsbehandling ved bronkialastma når behandling med inhalasjonssteroider og korttidsvirkende beta₂-agonist tatt ved behov ikke gir tilstrekkelig kontroll av sykdommen. Symptomlindring ved sesongrelatert allergisk rhinitt. **Dosering:** Dosering: Skal tas én gang daglig. Astma: Dosen bør tas om kvelden. **Voksne og barn >15 år:** 10 mg (1 tablett) daglig. Forsøksvis til behandling av barn: **Barn: 6-14 år:** 5 mg (1 tyggetablett) daglig. **2-5 år:** 4 mg (1 tyggetablett) daglig. Terapeutisk effekt sees i løpet av én dag. Bør tas selv om sykdommen er under kontroll, og i perioder med forverring av sykdommen. **Sesongrelatert allergisk rhinitt:** Doseringstidspunkt kan individualiseres. **Voksne og barn >15 år:** 10 mg (1 tablett) daglig. **Barn: 6-14 år:** 5 mg (1 tyggetablett) daglig. **2-5 år:** 4 mg (1 tyggetablett) daglig. Bruk hos barn 2-14 år ved sesongrelatert allergisk rhinitt kan overveies basert på dokumentert sikkerhet i denne aldersgruppen, selv om effekt ikke er dokumentert i kliniske studier. **Generelle anbefalinger:** Tablett 10 mg kan tas alene eller sammen med mat. Tyggetabletter 4 mg og 5 mg bør tas 1 time før eller 2 timer etter mat. Skal ikke brukes samtidig med andre preparater som inneholder montelukast. Ingen dosejustering er nødvendig for eldre, ved redusert nyrefunksjon eller ved mild til moderat leversykdom. Det finnes ingen data fra bruk ved sterkt nedsatt leverfunksjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Brukes ikke til behandling av akutte astmaanfall. Pasienten bør rådes til å ha akuttmedisin tilgjengelig. Ved akutte anfall gis korttidsvirkende beta₂-agonister. Pasienten bør kontakte lege snarest mulig dersom det er nødvendig med flere inhalasjoner av korttidsvirkende beta₂-agonister enn vanlig. Montelukast bør ikke erstatte inhalerte eller perorale kortikosteroider. Det finnes ikke tilgjengelige data som viser at perorale kortikosteroider kan reduseres ved samtidig inntak av montelukast. Etter reduksjon i dosen av systemiske kortikosteroider har det i sjeldne tilfeller forekommet en eller flere av følgende: Eosinofili, vaskulittisk utslett, forverrelse av lunge-symptomer, hjerte-komplikasjoner og/eller neuropati, noen ganger diagnostisert som Churg-Strauss' syndrom, en systemisk eosinofil vaskulitt. Årsakssammenheng er uklar, men det anbefales forsiktighet og klinisk oppfølging når reduksjon av systemiske kortikosteroider vurderes. Dokumentasjon for bruk til barn er begrenset. Det foreligger ingen data vedrørende effekt og sikkerhet hos barn under 2 år. Tyggetabletten inneholder aspartam som hos fenylketonuripatienter omdannes til fenylalanin. **Interaksjoner:** Prepatatet kan tas sammen med teofyllin, prednison, prednisolon, p-pille (etinyllostradiol 35 µg/noretisteron 1 mg), terfenadin, digoksin og warfarin uten fare for interaksjoner av klinisk betydning. Arealet under plasmakonsentrasjonskurven (AUC) for montelukast ble redusert med ca. 40% ved samtidig inntak av fenobarbital. Siden montelukast metaboliseres av CYP 3A4 bør forsiktighet utvises, spesielt ved behandling av barn, når montelukast gis samtidig med medikamenter som inducerer dette enzymet, f.eks. fenytoin, fenobarbital og rifampicin. **Graviditet/Amning:** **Overgang i placenta:** Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er begrenset. Bruk av montelukast under graviditet bør derfor unngås. **Overgang i morsmelk:** Utskilles i morsmelk hos rotter. Konsentrasjonen i melk er ca. 1/3 av plasmakonsentrasjonen. Det er mulig at barn som ammes kan påvirkes. Montelukast bør derfor ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** Tolereres vanligvis godt. Bivirkningene er vanligvis milde og krever vanligvis ikke avbrudd i behandlingen. Tablett (voksne): **Hyppige (>1/100):** Asteni/tretthet, feber, mavesmerter, traumer. Gastrointestinale: Diaré, dyspepsi, infeksjos gastroenteritt, tannpine. Hud: Utslett. Luftveier: Tørrhet i nesene, hoste, influensa. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine, søvnløshet. Tyggetabletter (barn 6-14 år): **Hyppige (>1/100):** Hodepine. Gastrointestinale: Diaré, kvalme. Luftveier: Faryngitt, influensa, sinusitt. Øvrige: Feber. Tyggetabletter (barn 2-5 år): Svært hyppige: Hoste (>10%). Følgende bivirkninger er rapportert: Utilpassethet, ødem, overfølsomhetsreaksjoner (inkl. anafylaksi, angioødem, pruritus, utslett, urticaria og svært sjelden eosinofil leverinfiltrat), unormale drømmer inkl. mareritt, søvnighet, irritasjon, opphisselse inkl. aggressiv oppførsel, rastløshet, søvnløshet, parestesier/hypoestesi, epileptisk anfall, hallusinasjoner, tørr munn, kvalme, oppkast/brekninger, dyspepsi, diaré, økt ALAT og ASAT, isolerte tilfeller av kolestatisk hepatitt, atralgi og myalgi inkl. muskelkramper, økt blødningstendens, blåmerker, palpitasjoner. **Overdosering/For-gifting:** I studier på pasienter med kronisk astma er det gitt doser opptil 200 mg/dag i 22 uker, og i korttidsstudier er det gitt opptil 900 mg/dag i ca. 1 uke, uten at det ble observert klinisk signifikante bivirkninger. Akutt overdosering er rapportert hos barn ved doser på minst 150 mg/dag. Kliniske funn og laboratoriefunn avviker ikke fra det som er sett hos voksne og eldre barn. De vanligste symptomene er tørste, søvnighet, mydriasis, hyperkinesi, mavesmerter. Det er ikke kjent om montelukast er dialyserbar ved peritoneal- eller hemodialyse. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Selektiv leukotrienreseptorantagonist. **Virkningsmekanisme:** Binde med høy affinitet og selektivitet til cysteinylleukotrienreseptor (CysLT₂) og hemmer derved bronkokonstriksjon og inflam-matoriske parametre, samt symptomer forbundet med allergisk rhinitt. Reduserer mucusutskillelse, vaskulær permeabilitet og dannelse av eosinofile celler i blod og luftveier forårsaket av cysteinylleukotriener (LTC₄, LTD₄, LTE₄). Hemmer antigenfremkalt bronkokonstriksjon både i tidlig og sen fase. Gir bedring i morgen FEV₁, ekspiratorisk toppstrømsasthet (PEFR) om morgenen og reduksjon i total bruk av beta₂-agonister. Reduksjon i anstrengelsesutløst bronkokonstriksjon er vist hos voksne og barn. Den bronkodilatoriske effekten av beta₂-agonister er additiv til effekten av montelukast. Montelukast har tilleggseffekt til inhalasjonssteroider. Terapeutiske plasmakonsentrasjoner av montelukast blokkerer ikke cytokrom P-450 3A4, 2C9, 1A2, 2A6, 2C19 eller 2D6 og derved unngås levertoksitet. **Absorpsjon:** Raskt etter peroral administrering. Tablett: Gjennomsnittlig plasmakonsentrasjon, C_{max}, oppnås etter 3 timer. Tyggetabletter: C_{max} oppnås etter 2 timer. Bronkodilatasjon er sett innen 2 timer etter peroral administrering. Biotilgjengelighet: Tablett: 64%. Tyggetabletter: Ca. 73%. **Protein-binding:** >99%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum 8-11 liter. Minimal distribusjon over blod-hjernebarrieren (dyreforsøk). Minimal konsentrasjon i alle vev 24 timer etter dosering. **Halveringstid:** 2,7-5,5 timer. **Metabolisme:** Utstrakt metabolisme som involverer cytokrom P-450 3A4, 2A6 og 2C9. Metabolittene bidrar minimalt til den terapeutiske effekten. **Utskillelse:** Plasmaclearance er gjennomsnittlig 45 ml/minutt. Montelukast og dets metabolitter utskilles nesten fullstendig via gallen.

Pakninger og priser:

10 mg: tablett:	28 stk.	kr. 398,10	98 stk.	kr. 1307,40
5 mg: tyggetablett	28 stk.	kr. 398,70	98 stk.	kr. 1278,10
4 mg: tyggetabletter:	28 stk.	kr. 389,70	98 stk.	kr. 1278,10

T: 2h).

Refusjon: Behandling med Singulair (montelukast) til barn skal være instituert av spesialist i barne- eller lungesykdom. Ved behandling av astma skal kombinasjonen av inhalasjonssteroider og langtidsvirkende beta₂-agonister være prøvd med tilstrekkelig effekt eller ikke akseptable bivirkninger, før montelukast refunderes. Behandlings-effekten av montelukast skal evalueres innen tre måneder. **Sist endret:** 01.01.2005

- Bousquet et al. Allergic Rhinitis and Its impact on Asthma. WHO Initiative. J Allergy Clin Immunol Suppl 2001;108(5):S147-S334.
- Philip G et al. The effect of montelukast on rhinitis symptoms in patients with asthma and seasonal allergic rhinitis. Curr Med Res Opin 2004;20(10): 1549-1558