

medicus universalis XXXIX/3. 2006.



eredeti közlemény

¹ORSZÁGOS GYÓGYINTÉZET KÖZPONT, ²BELGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY, SEMMELWEIS EGYETEM ÁOK, II. SZ. SZÜLÉSZETI ÉS NŐGYÓGYÁSZATI KLINIKA, ³ORSZÁGOS ALAPELLÁTÁSI INTÉZET

MENOPAUSÁLIS NŐK KARDIOVASZKULÁRIS SZŰRÉSE A HÁZIORVOSI GYAKORLATBAN – A MENOKARD II. PROGRAM

DR. CSÁSZÁR ALBERT¹–DR. ÁCS NÁNDOR²–DR. BALOGH SÁNDOR³

Absztrakt

A menopausa ambulanciákat felkereső nők kardiovaszkuláris szűrővizsgálatát jelentő Menokard I program eredményei rávilágítottak a kardiovaszkuláris rizikó-faktorok perimenopausális megjelenésének sajátosságaira. A Menokard II-es program szélesebb életkorcsoportú, nagyobb esetszámú populáció szűrővizsgálatát célozta meg. A minden megyére kiterjedő 104 háziorvosi praxisban zajló program során a 45 év feletti, korábban gondozás alatt nem álló nőknél történt meg a kardiovaszkuláris rizikó felmérése.

Az 5683 kiszűrt személy esetében legalább egy, kezelést igénylő kardiovaszkuláris rizikó volt megfigyel-

hető. Miután a Menokard II programban az idősebb korosztály is képviselt volt, így a kardiovaszkuláris rizikó állapot súlyosabbnak bizonyult mind a Framingham, mind a SCORE rizikóbecslés alapján. Érdekes adat, hogy az azonos korosztályokat tekintve is a II-es programban lévők rizikóállapota volt kedvezőtlenebb, amelynek részben szociális magyarázata van.

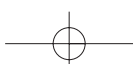
A Menokard II program hasonlóképpen felhívja a figyelmet a menopausában lévő nők kardiovaszkuláris veszélyeztetettségére. A kiszűrt nagyszámú pozitív eset alapján a korosztályt érintő fokozottabb gondozás fontos feladat lenne. Egyúttal hasznos lenne a lakosság figyelemfelkeltése is a szűrővizsgálatra történő önkéntes jelentkezés előmozdítása érdekében. A Menokard

1. táblázat

MENOKARD PROGRAM I ÉS II (kiindulási átlagértékek és szórás)

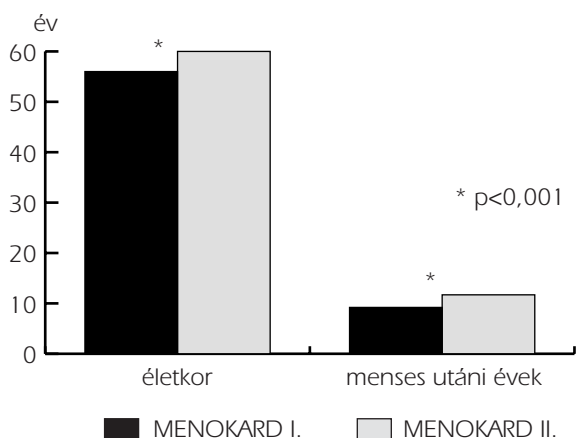
I.	II.	
▪ Összkoleszterin: 5,8 ± 1,0 mmol/l	▪ Összkoleszterin: 6,1 ± 1,1 mmol/l	*
▪ LDL-koleszterin: 3,6 ± 0,9 mmol/l	▪ LDL-koleszterin: 3,5 ± 0,9 mmol/l	
▪ Triglicerid: 1,7 ± 1,5 mmol/l	▪ Triglicerid: 2,1 ± 1,2 mmol/l	*
▪ Vércukor: 5,4 ± 1,2 mmol/l	▪ Vércukor: 5,8 ± 1,6 mmol/l	*
▪ RR szisztolés: 1 135 ± 20 Hgmm	▪ RR szisztolés: 141 ± 16 Hgmm	*
▪ RR diasztolés.: 85 ± 11 Hgmm	▪ RR diasztolés: 84 ± 9 Hgmm	
▪ Haskőrfogat: 99 ± 12 cm	▪ Haskőrfogat: 96 ± 14 cm	*

* p < 0.001



II programban kiszűrt személyek kezelésének egy éven keresztül történő nyomonkövetése már zajlik, és ez várhatóan sikeres tapasztalatokat felmutató intervenciót jelent.

MENOKARD I. és II. programban résztvevők jellemzői



1. ábra

A nők kardiovaszkuláris megbetegedése az elmúlt évtizedben uralkodóvá vált, amelynek okai között szerepel a nők halálzásának korábbi fő okát képező daganatos megbetegedések visszaszorulása. Ismertté vált, hogy a coronaria mortalitás a nőkben 23%, míg a férfiakban 21% (1). Megdöbbentő adat, hogy a stroke elsősorban nőkben fordul elő –, a stroke halálzás 18%, szemben a férfiak 11%-ával, és a nők esetében ez a második leggyakoribb halálok (1). Mintegy 5 évvel ezelőtt az USA-ban figyeltek fel először az említett folyamatok jelentőségére, és fogalmazódott meg az igény, miszerint kiemelten kell foglalkozni a nők kardiovaszkuláris érintettségével. Európában a 2005. évi Európai Kardiológiai Társaság kongresszusán került először programszerű bemutatásra a nők jellegzetes kardiovaszkuláris érintettsége („Women at Heart” Program). A Magyar Kardiológiai Társaság Metabolikus Munkacsoportja és a Magyar Menopausa Társaság viszont már 2004-ben programtervezetet alkotott,

amelynek alapcélkitűzése volt, hogy a nők kardiovaszkuláris betegségének fontosságára felhívja a figyelmet. A tervezett tevékenység egyik célja a hazai helyzet tudományos értékű epidemiológiai felmérése volt. A vizsgálat létjogosultságát alátámasztották a 2002. évi KSH-adatok, amelyek szerint hazánkban is érvényesek a nők fokozott kardiovaszkuláris mortalitását mutató tendenciák.

A Menokard I vizsgálat (2) kimutatta, hogy a kardiovaszkuláris panasz- és tünetmentes, a menopausa ambulanciákat a nőgyógyászati panaszokkal felkereső betegek körében a kardiovaszkuláris rizikófaktorok gyakori előfordulást mutatnak. A 2643 személyt érintő vizsgálatnál a nők átlagéletkora $55,7 \pm 6,9$ év volt, és a 1. táblázatban látható, hogy jelentős részüknél emelkedett koleszterin- (LDL koleszterin), trigliceridszint és megnövekedett haskörfogat volt a jellemző. Gyakori volt a kóros vércukorértékkel és a magas vérnyomással rendelkezők aránya is. A vizsgálat felfedte, hogy az utolsó menstruáció utáni időszakban nagyon korán, már a második évben több rizikótényező is fennáll, és az évek múlásával a kóros értékek gyakorisága fokozódik. A vizsgálat ráirányította arra a figyelmet, hogy a korai menopausában lévő, többségében panasz- és tünetmentes hölgyek esetében a kardiovaszkuláris veszélyeztető tényezők már jelen vannak, és kezelést igényelnek. Ennek gazdasági jelentősége is van, mivel megfelelő primer prevenció esetén lehet igazán előnyös egészségügyi költség/hatékonysági arányt elérni. A Menokard I vizsgálat első fázisában észlelt kedvező tapasztalatok alapján fogalmazódott meg az igény, hogy a vizsgálatot nagyobb népesség csoportra is kiterjesszük.

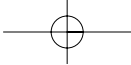
Módszer

A projekt kibővítését a Menokard II program jelenti, amely a háziiorvosi praxisban az eddig gondozás alatt nem álló nőket érintő szűrővizsgálattal kezdődik. Az ország minden megyéjére kiterjedően, 104 önként jelentkező háziorvos segítségével indult el a vizsgálat.

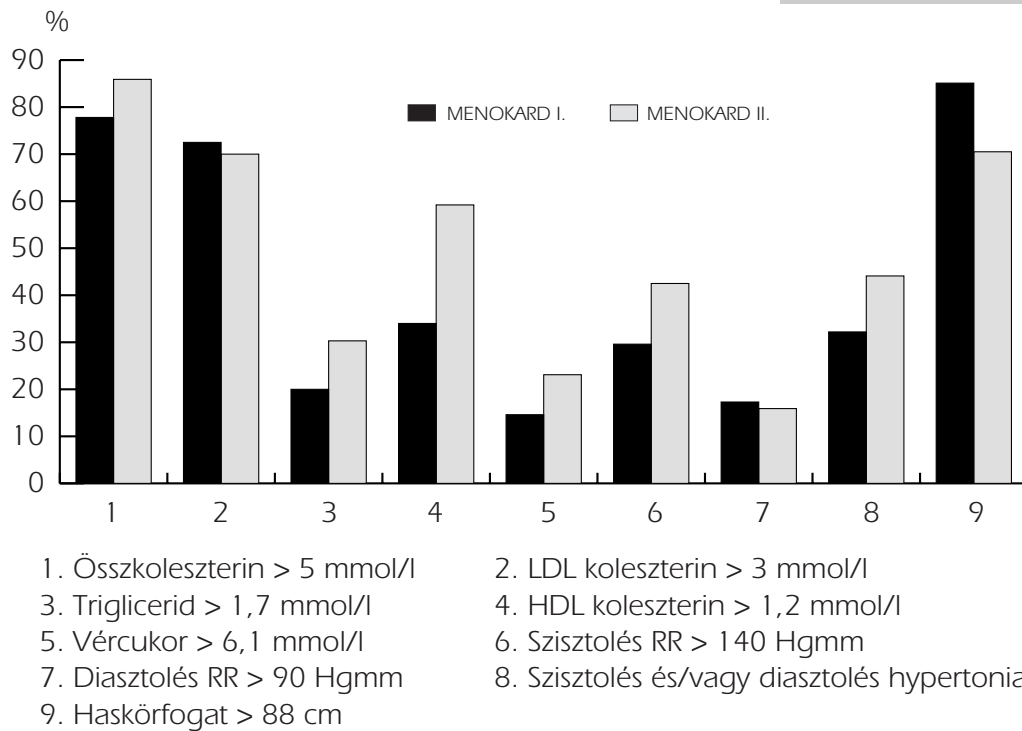
2. táblázat

A vizsgálat paraméterek értékei az életkor függvényében a MENOKARD I. és II. programban

program	korcsop.	Összkoleszterin		Triglicerid		LDL koleszterin		HDL koleszterin		Vércukor		Szisztolés RR		Diasztolés RR	
		átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás
I.	-45	5,53	0,87	1,71	1,73	3,49	0,86	1,48	0,41	5,18	0,84	131,9	21,2	86,5	10,9
	46-50	5,6	1,02	1,51	1,11	3,47	0,89	1,54	0,41	5,25	1,29	131,1	19,2	84,3	11
	51-55	5,85	1,1	1,79	1,83	3,62	0,97	1,55	0,48	5,29	1,18	132,5	19,3	84,3	11
	56-	5,93	1,1	1,74	1,51	3,67	0,98	1,61	0,56	5,6	1,29	137,3	20	85,2	10,5
II.	-45	6,08	1,35	2,01	1,47	3,5	1,26	1,52	0,45	5,33	1,5	136,4	14,6	83,6	7,8
	46-50	5,98	1,01	2,05	1,37	3,36	1,1	1,39	0,43	5,53	1,47	136,2	15,7	82,8	8,7
	51-55	6,06	1,06	2,14	1,28	3,5	0,94	1,41	0,52	5,51	1,39	138,1	15,5	83,9	8,8
	56-	6,21	1,1	2,13	1,15	3,61	0,97	1,45	0,53	5,92	1,75	143	16,6	84,4	8,9



MENOKARD I. és II. programban a kóros értékek aránya



2. ábra

A háziorvosok a nyilvántartásuk alapján a 45 év feletti, ismereteik alapján nem beteg hölgyeket kérték fel a szűrővizsgálaton való részvételre. A 4 hónapos periódus alatt a megjelentek közül 5683 személy esetében legalább egy, kezelést igénylő kardiovaszkuláris rizikó volt megfigyelhető, és ők a továbbiakban részt vettek az egy éves nyomonkövetési vizsgálatban is.

Eredmények

A Menokard I és II programban résztvevők adatait összehasonlítva bizonyos különbségek tapasztalhatóak. Az átlagéletkor alapján a II-es programban idősebbek voltak a résztvevők, és ennek megfelelően az utolsó mensesből eltelt évek száma is több volt (1. ábra) ($p < 0.001$ mindkét esetben szignifikáns különbség). Érdekes megfigyelés, hogy nem volt olyan összefüggés az összkoleszterinszint és az életkor vonatkozásában, mint az I-es program esetében (2. táblázat). Ennek megfelelően a menses utáni eltelt évek függvényében sem mutatkozott meg a korábban megfigyelt koleszterinszint emelkedést mutató tendencia (3. táblázat).

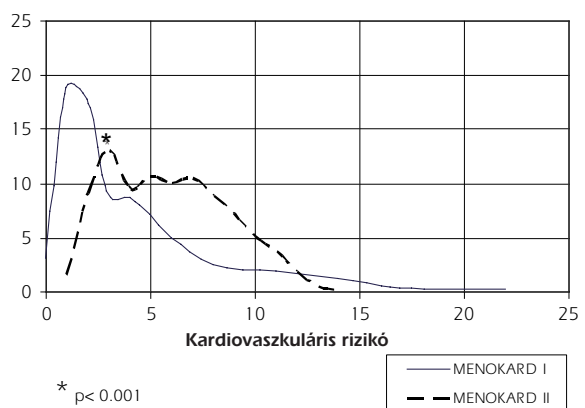
A két vizsgált csoport között lévő eltérések elsődlegesen a lipidértékek vonatkozásában kifejezettek (1. táblázat), így nagyobb a kórosan emelkedett összkoleszterin és trigliceridszinttel rendelkezők, valamint az emelkedett szisztolés vérnyomásúak aránya (2. ábra). Ugyanakkor a haskőrfogat (88 cm-es határérték) vonat-

kozásában a II-es program során lényegesen kevesebb kóros értéket észleltünk, míg az alacsony HDL-koleszterinszinttel rendelkezők aránya több volt.

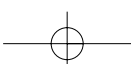
A dohányzók aránya a II. programban is aggasztóan magas (25,1%) volt.

Az általános kardiovaszkuláris rizikó meghatározás részben az ismert rizikóbecslő programok révén (Framingham, SCORE) történik, ill. a párhuzamosan fennálló rizikófaktorok száma is mérvadó lehet. A multifaktoriális Framingham és SCORE rizikóbecslés alapján a II-es programban részt vettek kardiovaszkuláris veszélyeztetettsége szignifikánsan nagyobb fokú volt (3., 4. ábra).

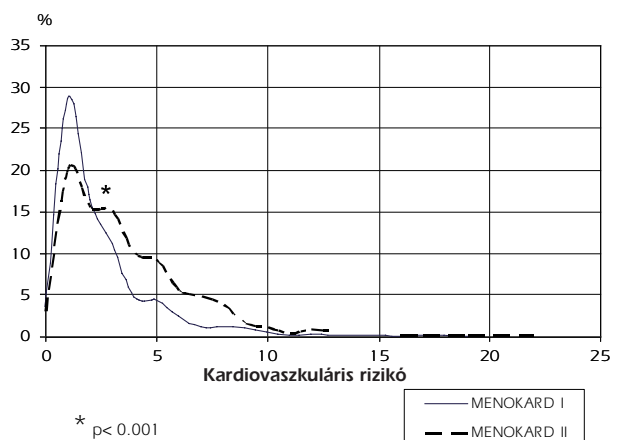
Framingham rizikóállapot összehasonlítása a MENOKARD I. és II. program résztvevőiben



3. ábra



SCORE rizikóállapot összehasonlítása a MENOKARD I. és II. program résztvevőiben



4. ábra

Két rizikófaktor együttes előfordulását tekintve az emelkedett trigliceridszint és a hasi elhízás vonatkozásában a II-es program résztvevői nagyobb gyakoriságot mutattak (44,8% vs. 27,6%), amelynek oka elsődlegesen az emelkedettebb triglicerid koncentráció lehet. Az emelkedett LDL-koleszterinszint és a magas szisztolés vérnyomás együttesével rendelkezők aránya nem tért el jelentős mértékben (34,1% vs. 22,1%), viszont a hasi elhízás és a magas koleszterinszint kapcsolódása ritkább volt ebben a csoportban (49,4% vs. 63,3%). A kevert diszlipidémia aránya is a II-es program tagjainál volt domináns (54,6% vs. 29,5%).

A rizikófaktorok hármas kombinációját nézve a metabolikus szindrómát reprezentáló emelkedett triglicerid szint, hypertonia és hasi elhízás közössége gyakoribb volt a II-es program résztvevőinél (29,2% vs. 18,2%). Hasonló előfordulást mutatott a hiperkoleszterinémia, hipertrigliceridémia és abdominális obesitas

hármasa (44,9% vs. 23,9%), míg a hiperkoleszterinémia, hipertónia és abdominális obesitas terheltsége esetében nem volt lényeges különbség (37,8% vs. 40,5%).

Megbeszélés

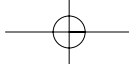
A Menokard II program során lényegesen nagyobb esetszámú csoport értékelésére került sor. Ebben a felmérésben az átlagéletkor magasabb volt, jóval több, az idősebb korosztályhoz tartozó nő vett részt a vizsgálatban. Szemben az I-es programmal ebben az esetben nem a menopausa megjelenésével kapcsolatos jellegzetességek vizsgálata volt az elsődleges cél. A házi orvosi praxisban végzett felmérés a 45 év feletti nők kardiovaszkuláris szűrését célozta, amelynek során a korábbiakban nem gondozott egyéneket hívtak be. Közülük került ki az a közel hatezer személy, akiknek kardiovaszkuláris érintettségük a rizikófaktorok fennállása miatt kezelést igényel. A nagy esetszám arra hívja fel a figyelmet, hogy – mint ez sejtethető – a kardiovaszkuláris rizikófaktorokkal rendelkezők jelentős köre nem kerül a szemünk elé. A populációsztű szűróvizsgálatok természetesen nem kivitelezhetők, így minden egyén nem vizsgálható, azonban célzottan, bizonyos csoportok szűrése fontos lehet, mint erre a Menokard I és II vizsgálat eredményei egyértelműen utalnak. Ugyanakkor célszerű lenne megfelelő kommunikációval a lakosság figyelmét is felhívni ezekre az adatokra!

A Menokard II programban vizsgáltak rizikóstatusza súlyosabb, amelynek okai között a magasabb életkor is szerepel, hiszen ismert, hogy az életkor a legerőteljesebb rizikófaktor. Érdekes adat, hogy az azonos korcsoportúakat tekintve is a II-es programban lévők rizikóállapota rosszabb (nagyobb koleszterin-, triglice-

3. táblázat

A vizsgált paraméterek értékei a menses utáni évek függvényében a MENOKARD I. és II. programban

program	m.u év	Összkoleszterin		Triglicerid		LDL koleszterin		HDL koleszterin		Vércukor		Szisztolés RR		Diasztolés RR	
		átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás
I.	0	5,66	1,01	1,62	1,42	3,46	0,88	1,57	0,4	5,23	0,96	131,0	20,2	83,2	11,7
	1	5,89	1,25	1,78	1,93	3,58	0,93	1,61	0,45	5,46	1,01	132,3	18,9	85,5	9,5
	2	5,93	1,22	1,65	1,56	3,56	1,07	1,62	0,45	5,43	1,31	131,8	19,5	84,7	10,3
	3	5,8	1,13	1,78	1,67	3,53	0,95	1,64	0,67	5,45	1,29	135,2	19	84,6	9,2
	4	5,94	1,13	1,91	2,56	3,68	0,99	1,63	0,68	5,5	1,58	133,0	19,9	84,1	12,5
II.	0	6,07	0,96	2,04	1,13	3,43	0,99	1,36	0,41	5,41	1,13	138,6	14,8	83,9	8,6
	1	6,12	0,99	2,06	1,06	3,39	0,98	1,35	0,44	5,52	1,25	139,8	15,3	84,7	8,9
	2	6,14	1,11	2,26	1,37	3,48	0,98	1,32	0,39	5,69	1,89	140,6	15,8	84,3	8,1
	3	6	1,13	2,25	1,81	3,44	0,92	1,32	0,39	5,66	1,44	138,1	14,9	83,7	8,0
	4	6,13	1,03	2,18	1,09	3,51	0,96	1,43	0,65	5,87	2,12	142,5	15,4	85,6	8,7
	5	6,17	1,13	2,1	1,18	3,6	1	1,46	0,52	5,82	1,66	141,4	16,8	84	8,9



ridszintek és szisztolés vérnyomás érték). Az életkori különbséggel nem magyarázható eltérésnek valószínűleg részben szociális magyarázata van. Az I-es programban döntően városiak és a menopausális panaszokkal törődő, valamint a programra önként is jelentkező nők vettek részt, akiknek az egészségorientációja feltehetően lényegesen erőteljesebb. Ez a mentalitás nyilvánvalóan életmódbeli különbségeket is jelent, ill. a kóros értékek mielőbbi felfedezésére és kezelésére irányuló igénnyel párosul. Ennek alapján a II-es program realisabb átfogó képet ad, ugyanakkor szélesebb életkori réteget képvisel.

A Menokard II program megerősíti azt a tényt, hogy a 45 év feletti nő-populációban számos olyan egyén található, akik gondozásra szorulnának kardiovaszkuláris szempontból. Sajnálatos módon pontosan nem ismert, hogy a behívásra megjelentek mekkora hányada került be a közel 6000 főt számláló kezelendők körébe. Az egy éves nyomonkövetés során ismertté fog válni azonban, hogy a felfedezett kóros értékekkel rendelkezők gondozásával milyen eredmények érhetők el. A Menokard I program kezelési eredményeinek ismeretében (közlés alatt) várható, hogy a kardiovaszkuláris rizikó mind a Framingham, mind pedig a SCORE számításmódok alapján szignifikánsan csökkenthető.

Köszönetnyilvánítás:

Köszönetünket fejezzük ki a Menokard Program megvalósításában részt vevő centrumoknak: Dr. Czuriga István és

Dr. Untenberger Katalin, DEOEC, Belgyógyászati Klinika, Debrecen; Prof. Dr. Forster Tamás és Dr. Vas Andrea, SZTE, II. Belgyógyászati Klinika, Szeged; Dr. Hegedűs Zoltán, Sopron Városi Kórház, Kardiológiai Osztály; Dr. Hídvégi Tibor, Petz Aladár Kórház, Diabetológiai Osztály, Győr; Prof. Dr. Jánosik András és Dr. Gönczi Géza, Szent János Kórház, III. Belgyógyászati Osztály, Kardiológia, Budapest; Dr. Józán Mihály, Balassa János Kórház, Kardiológiai Osztály, Szekszárd; Dr. Kaló Emil, BAZ Megyei Kórház, Kardiológiai Osztály, Miskolc; Dr. Katona András, Pándy Kálmán Kórház, Kardiológia Osztály, Gyula; Prof. Dr. Kékes Ede IMS Kft. (International Medical Services), Budapest; Dr. Késmárky Gábor PTE ÁOK I. Belgyógyászati Klinika, Kardiológiai Osztály, Pécs; Dr. Kovács Imre, Markusovszky Kórház, Kardiológiai Osztály, Szombathely; Dr. Masszi Gabriella, Bajcsy-Zsilinszki Kórház, Kardiológiai Osztály, Budapest; Dr. Nádházi Zoltán, Semmelweis Egyetem ÁOK, II. Belgyógyászati Klinika, Budapest; Dr. Nagy András és Dr. Kiss Attila, Kecskemét Megyei Kórház, Belgyógyászati Klinika; Prof. Dr. Rónaszéki Aladár, Péterfy Sándor Utcai Kórház, Kardiológiai Osztály; Dr. Sváb Marianna és Dr. Polgár Péter, Jósa Aladár Kórház, Belgyógyászati Klinika, Nyíregyháza; Dr. Zsolt Njúra, Százhalombattai Egészségügyi Intézet, Kardiológiai Osztály.

IRODALOM

1. World Health Organisation Statistical Information System 2004. www.who.int/whosis/
2. Császár A., Tóth K., Ács N.: Kardiovaszkuláris rizikóbecslés menopauzában – MENOKARD Program, Háziorvos Továbbképző Szeme 2005; 10: 633-637.

