

# Iszkémiás kardiopátiás és hipertóniás betegek rizikóprofilja

Bálint Szentendrey Dalma<sup>1</sup>, Germán Salló Márta<sup>2</sup>, Rajna Zsolt<sup>3</sup>, Hubatsch Mihaela<sup>1</sup>, Preg Zoltán<sup>1</sup>,  
Farkas László Attila<sup>2</sup>, Kikeli Pál István<sup>1,4</sup>, Dósa Géza<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem, Családorvosi Tanszék, <sup>2</sup>Belgyógyászati Tünettani Tanszék,

<sup>3</sup>Maros Megyei Sürgősségi Kórház - Kardiovaszkuláris Rehabilitációs Klinika, <sup>4</sup>Procardia Orvosi Társaság Marosvásárhely

## Profilul de risc cardiovascular la pacienții cu cardiopatie ischemică și hipertensiune arterială

Cardiopatia ischemică (CI) ocupă locul principal în morbiditatea și mortalitatea generală, dar în timp ce în Europa de Vest tendința mortalității este în scădere, studiul WHO MONICA demonstrează o tendință crescătoare în România. Studiile EUROASPIRE demonstrează ineficiența managementului factorilor de risc cardiovasculari în practica clinică. Scopul lucrării este de a evalua prevalența factorilor de risc în rândul pacienților hipertensivi și cu CI, respectiv atingerea valorilor-țintă din prevenția secundară. Am evaluat datele anamnestice, obiective, de laborator (lipidogramă completă, glicemie, TTOG) și paraclinice (ECG, monitorizarea ambulatorie a tensiunii arteriale-ABPM) la 122 pacienți aflați la prima prezentare la Clinica de Recuperare Cardiovasculară Târgu Mureș. S-au luat în considerare valorile-țintă formulate de Societatea Europeană de Cardiologie în 2007. Datele statistice au fost prelucrate cu programul SPSS 17. Femeile au fost prezente în proporție de 35% cu vârsta medie de 69,72 ani, semnificativ mai mare decât a bărbaților cu 66,24 ani. 72% din pacienți au hipertensiune arterială grad II, doar 26,22% din pacienți au atins valorile TA țintă. 55,74% din femei și 60% din bărbați au prezentat tulburări ale metabolismului glucidic. Doar 27% din pacienți au greutate normală. Deși 73% din pacienți primesc statină, doar 32% din pacienți au atins valoarea-țintă a colesteroliei. 95% din bolnavi au mai mult de 1 factor de risc, 83% au în afara HTA încă 2 factori de risc, 64% au sindrom metabolic. Studiul demonstrează atingerea deficitară a valorilor-țintă ale prevenției secundare și subliniază necesitatea orientării pacienților din grupele cu risc înalt către centre de recuperare.

*Cuvinte cheie: hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică*

## Cardiovascular risk profile of hypertensive patients with ischemic heart disease

Ischemic heart disease (IC) is the leading cause of morbidity and mortality, but while in western European countries the mortality is decreasing, the WHO MONICA study demonstrates a rising tendency in Romania. The EUROASPIRE studies demonstrate the insufficient recognition and management of cardiovascular risk factors in the clinical practice. The aim of the study is to evaluate the prevalence of CVD risk factors in hypertensive and IC patients, and the attainment of the target values of secondary prevention. We evaluated the anamnestic, objective, laboratory (total cholesterol, HDL and LDL cholesterol, triglyceride, glycaemia, GOT) and paraclinical data (ECG, ABPM) in 122 patients at their first presentation in the Cardiovascular Rehabilitation Clinic Târgu Mureș. Data were compared to the target values stated by the European Society of Cardiology in 2007. Statistical analysis was done with the SPSS 17. 35% of patients were women, with the average age of 69,72 years, significantly higher than men's age, 66,24 years. 72% of the patients had stage II hypertension, but only 26,22% of them reached the target values. 55,74% of the women and 60% of the men had glucose metabolism disorders. Only 27% of the patients had normal weight. 32% of the patients reached the target levels of total cholesterol. 95% of patients had more than 1 risk factor, 83% had 2 more risk factors besides HTA, 64% had metabolic syndrome. Our study demonstrates the poor achievement of secondary prevention and underlines the importance of directing high risk patients to Rehabilitation centres.

*Keywords: hypertension, ischemic cardiopathy*

Orvostudományi Értesítő, 2011, 84 (1): 9-12

www.orvtudert.ro

A szív-érrendszeri megbetegedések, ezen belül elsősorban a koszorúér-betegség a nemzetközi statisztikákban vezető helyet foglalnak el a mortalitást és morbiditást illetően. Az Amerikai Egyesült Államokban és a nyugat-európai országokban az iszkémiás kardiopátia okozta halálozás csökkenő tendenciát mutat, elsősorban a preventív stratégiák alkalmazásának tulajdoníthatóan. Ezzel ellentétben számos kelet-európai országban, így Romániában is, a kardiovaszkuláris mortalitás prevalenciája továbbra is emelkedőben van. A WHO MONICA study kimutatta a kockázati tényezők magas előfordulási arányát ezekben az országokban [3].

A koszorúér-betegségben szenvedők magas

kardiovaszkuláris kockázatu csoportba tartoznak. A betegcsoportban gyakori a különböző rizikófaktorok előfordulása és halmozódása, tovább emelve a magas kardiovaszkuláris rizikót. A szekundér preventív stratégiák célja a betegcsoportban a koronária történések megelőzése és a késői szövődmények elkerülése. Ennek leghatékonyabb módja a nagy klinikai tanulmányok eredményeire alapozott preventív stratégiák alkalmazása [3].

Az EUROASPIRE I, II, ill. III tanulmányok rámutattak arra a szomorú tényre, hogy a klinikai gyakorlatban a kockázati tényezők felismerése és hatékony kezelése messze elmarad a kívánatostól [4,5].

Dolgozatunk célja felmérni egy hipertóniás és iszkémiás kardiopátiás betegcsoportban a rizikófaktorok előfordulását, illetve a szekundér preventívban javasolt rizikó célértékek elérésének arányát.

Dr. Bálint Szentendrey Dalma  
540538 Marosvásárhely - Târgu Mureș  
Str. Brasovului 4/2  
E-mail: szentendreydalma@gmail.com

## Anyag és módszer

A marosvásárhelyi Kardiiovaszkuláris Rehabilitációs Klinika 2010. június-decemberi beteganyagából szelektáltuk azokat a dokumentált hipertóniás és iszkémiás kardiopátiás betegeket, akik első alkalommal kerültek rehabilitációs központba. A betegeknek anamnézist, objektív vizsgálatot, laborvizsgálatokat (összcholesterin, HDL-, LDL-cholesterin, triglicerid, húgysav, vércukor, cukorterhelés) és paraklinikai vizsgálatokat (EKG, ambuláns vérnyomás monitorozás-ABPM) végeztünk. A 25-29,99 kg/m<sup>2</sup> testtömegindex (BMI) esetén a beteget túlsúlyosnak, a 30 kg/m<sup>2</sup> felett obeseznek tekintettük.

Célértékeknek tekintettük az Európai Kardiológus Társaság 2007-ben megjelent a szekunder profilaxisra vonatkozó ajánlásait (összcholesterin 4,5 mmol/l alatt, LDL-cholesterin 2,5 mmol/l alatt, vérnyomás 140/90 Hgmm alatt, ill. cukorbetegknél 130/80 Hgmm alatt).

Metabolikus szindrómát diagnosztizáltunk betegeinknél, ha a hipertónia társult legalább két rizikófaktoral a következőkből: hasi típusú elhízás (derékkörfogat nők 80 cm felett, férfiak 94 cm felett), emelkedett triglicerid érték (1,7mmol/l felett), alacsony HDL -cholesterin (nők 1,3mmol/l alatt, férfiak 1mmol/l alatt), cukoranyagcsere-zavar.

A vizsgálatba 122 beteg került be, 54 nő és 68 férfi, átlagéletkor 67,78 év. A betegek rendszeres vérnyomás-csökkentő, vérzsír-csökkentő kezelés alatt voltak.

Az adatok statisztikai elemzését Microsoft Excel és SPSS 17 programokkal végeztük. Mivel az adatok nem feleltek meg a normál eloszlásnak, a Mann Whitney tesztet alkalmaztuk az átlagértékek összehasonlítására.

## Eredmények

A betegcsoporton belül a nők 35%-ban voltak képviselve. A nők átlagéletkora 69,72 év (SD 10,134). A 65%-ban képviselt férfiak átlagéletkora 66,24 év (SD 9,972). A rehabilitációra jelentkező nők átlagéletkora szignifikánsan magasabb volt a férfiakénál ( $p=0,025$ ).

A koronáriabetegség családi halmozódását észleltük a betegek 61% -nál.

A betegcsoporton belül a dohányzás előfordulása 36%. A dohányosok 30%-a jelenleg is aktív dohányos. Ez a betegpopuláció 10,60% -át jelenti.

A betegek döntő többsége (72%) 2-es fokú hipertóniás volt. A betegek 26,22%-a (32 beteg) érte el a célértéket.

Szénhidrátanyagcsere-zavart észleltünk a betegek 55,74%-ában, a nőbetegek felében, a férfiak 60%-ában.

Az esetek 39%-ában diabéteszt, 15%-ban csökkent glukóz toleranciát, 14%-ban emelkedett éhgyomri cukorértéket találtunk. A betegcsoporton belül a befekvés során diagnosztizáltuk a cukoranyagcsere-zavart 41 betegnél (33,60%). Nem találtunk szignifikáns különbséget a diabétesz incidenciájában a két nem között (relatív rizikó RR 0,82, 95% konfidencia intervallum CI 0,596-1,158,  $p=0,34$ ). Ugyancsak nem találtunk szignifikáns különbséget a cukorbetegség prevalenciáját illetően a 65 év alatti és fölötti korcsoportban. (RR 0,945, 95% CI 0,685-1,329,  $p=0,945$ ). Az ismert diabéteszes betegek glukóz átlagértéke 6,367 mmol/l (SD 1,753), a betegek 50%-a volt célértéken.

A betegcsoport 27%-ában találtunk normális testtömegindexet. A patológiás testsúlyú betegek 60%-a túlsúlyos, 40%-a obese volt. A testtömegindexet illetően nem volt szignifikáns eltérés a nemek között ( $p=0,230$ ). Az elhízott betegek 95%-ában a derékkörfogat nagyobb volt az elfogadott nemre vonatkoztatott értéknél.

A lipidértékeket illetően a következőket észleltük: összcholesterin átlagérték 5,049 mmol/l (SD 1,3066), LDL-cholesterin átlagérték 3,613 mmol/l (SD 1,0780), triglicerid átlagérték 1,632 (SD 0,8040). Nem találtunk szignifikáns eltérést a nemek között a koleszterin ( $p=0,659$ ), LDL-koleszterin ( $p=0,717$ ) ill. triglicerid ( $p=0,914$ ) átlagértékeket illetően.

A javasolt összcholesterin értéket a betegek 32%-a érte el, minden beteg LDL-koleszterinszintje a javasolt érték felett volt. A célértéket elért betegcsoportban szignifikánsan alacsonyabb triglicerid (1,315 mmol/l vs. 1,789 mmol/l,  $p=0,0001$ ) ill. LDL-koleszterin (2,543 mmol/l vs. 3,902 mmol/l,  $p=0,001$ ) értékeket találtunk. A triglicerid értékek szignifikánsan alacsonyabbak voltak a normoponderális betegek között (1,40 mmol/l vs. 1,72 mmol/l,  $p=0,032$ ).

A HDL-koleszterint illetően a betegek nagy része célérték alatt volt. A javasolt célértéket csak 2 nőbeteg (0,037%) és 5 férfibeteg (0,073%) érte el.

A betegek 95%-ában észleltük a rizikófaktorok halmozódását. A hipertónia mellett még legalább 2 rizikófaktor társult 101 beteg esetében (83%). Leggyakoribb a 2, ill. 3 rizikófaktor társulása (mindkettő 29%).

Metabolikus szindróma az esetek 64%-ában volt jelen.

A kezelési sémák szempontjából a következőket tapasztaltuk: angiotenzin konvertáló enzim blokkoló (ACE-gátló)/angiotenzin receptor blokkoló (ARB) kezelésben részesült 116 beteg (95%), sztatin kezelést kapott a betegek 72%-a, bétablokkoló és antiaggregáns kezelést a betegek 74% ill. 73%-a kapott.

## Megbeszélés

Mióta a Framingham tanulmány a 60-as évek elején tisztázta a rizikófaktorok szerepét az iszkémiás kardiopátia kialakulásában, számos tanulmány igazolta, hogy a módosítható rizikófaktorok befolyásával csökkenthető a betegség incidenciája, lassítható a már fennálló betegség evolúciója. A szekundér preventív stratégiák pontosan meghatározták azokat a célértékeket, amelyeket elérve a nagy rizikójú betegcsoportokban a lehető legalacsonyabbra csökkenthető a fatális kimenetelű kardiovaszkuláris események előfordulása. Ennek ellenére, ahogy ezt az EUROASPIRE tanulmányok is igazolták, a gyakorlatban az optimális rizikófaktor-kontroll messze elmarad az elmélettől [3,4,5].

A CARDIO-Zone tanulmány kimutatta a kockázati tényezők magas előfordulási arányát Romániában [2].

Dolgozatunkban nagy kardiovaszkuláris rizikójú, iszkémiás és hipertóniás betegcsoportban mértük fel a kockázati tényezők előfordulását, ill. a túlélés javítását célzó szekundér profilaxis stratégiák alkalmazását.

A betegeink több mint felénél pozitív családi kórelőzményt mutattunk ki a nemzetközi irodalom adataihoz hasonlóan.

Miközben az Amerikai Egyesült Államokban az utóbbi 50 évben a felére csökkent a dohányzók aránya számos kelet-európai országban, így hazánkban is rendkívül magas a dohányzók aránya [3]. Dolgozatunkban a dohányzás incidenciája 36%, magasabb, mint a Cardio-Zone tanulmányban ahol 21,7 % volt [2]. Figyelembe véve, hogy egy nagy rizikójú betegcsoportról van szó, a 11%-os aktív dohányzók aránya magas, megfelel a nemzetközi adatoknak.

A vérnyomáskontrollt illetően eredményeink nem különböznek lényegesen a nemzetközi vizsgálatokban tapasztalt eredményektől. Annak ellenére, hogy minden beteg vérnyomáscsökkentő kezelést is kapott, a betegek magas százaléka még célérték felett volt. A célértéket a betegek 26%-a érte el, ami jobb mint az EUROSPIRE I és II vizsgálat eredményei, de alacsonyabb mint az EUROSPIRE III vizsgálatban kimutatott 39%[4,5].

A vizsgálatunkban a diabétesz incidenciája sokkal magasabb, mint az átlag populációban, ennek magyarázata, hogy hipertóniás, koszorúérbeteg csoportról van szó. A svédországi, 2007-ben lezárt SHEEP tanulmány eredményei hasonlóak [6]. A SHEEP vizsgálatban a diabétesz ilyen magas incidenciáját elsősorban a koszorúérbeteg nők körében észlelték, mi nem találtunk szignifikáns különbséget a cukorbetegség incidenciájában a két nem között. A vércukorkontroll szempontjából kedvezőbb eredményeket észleltünk, mint a Cardio-Zone

tanulmányban [2]. Tanulmányunkban magas volt az újonnan felfedezett cukoranyagcsere-zavar incidenciája is, hasonlóan az Euro Heart Survey on Diabetes tanulmányban észleltekhöz [8].

A betegcsoport 2/3-ában észleltünk súlyfelesleget, ebből 60% volt a túlsúly és 40 % az obezitás incidenciája. Elsősorban abdominális típusú obezitás volt megfigyelhető, hasonlóan az Euroaspire III során észleltekhöz [5].

A lipidkontrollt illetően betegeink körében alacsonyabb a célértéket elérők aránya, mint az Euroaspire III tanulmányban, annak ellenére, hogy a betegek 73%-a sztatin kezelés alatt volt.

A betegcsoporton belül gyakori volt a rizikófaktorok halmozódása, ahogy ezt számos klinikai vizsgálat is igazolta [1].

A metabolikus szindróma prevalenciája 44% a szívbeteg körében végzett ROMES tanulmányban, az általunk észlelt magasabb prevalencia valószínűleg annak tulajdonítható, hogy betegeink hipertóniások voltak [7].

A kezelési sémákat illetően megállapítottuk hogy sztatin és antiaggregáns kezelést kevesebb beteg kapott, mint a nemzetközi tanulmányokban. A bétablokkoló ACE-gátló/ARB kezelésben részesülő betegek aránya azonos volt az Euroaspire III eredményeivel [5].

## Következtések

A hipertóniás koszorúérbeteg körében gyakoribb a szénhidrátanyagcsere-zavar előfordulása. A diabétesz szűrésére fontos a cukorterheléses vizsgálat elvégzése a betegcsoportban. Magas az elhízás (elsősorban az abdominális elhízás) prevalenciája, az aktívan dohányzók száma, a kezelés ellenére kevés beteg éri el a célértékeket a vérnyomást, lipidprofiljt illetően.

Fontos a nagy kardiovaszkuláris rizikójú betegeket rehabilitációs központokba irányítani a pontosabb rizikó-felmérés, illetve a szekundér preventív stratégiák hatékonyabb alkalmazása céljából.

## Irodalom

1. Alberti K.G., Zimmet P., Shaw J. - Metabolic syndrome - a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation, Diabet Met 2006, 23: 469-480.
2. Cinteza M., Pana B., Cochino E.- Prevalence and control of cardiovascular risk factors in Romania cardio-zone national study, Medica-A Journal of Clinical Medicine, 2007, 2: 277-288.
3. Graham I., D Agostino R.- Managing Cardiovascular Risk, Clinical Publishing, Oxford, 2007, 3-55.

4. Kotseva K., Wood D., De Backer G. et al. - Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *The Lancet*, 2009, 373:929-940.
5. Kotseva K., Jennings C., De Backer G. et al. - EUROASPIRE III: lifestyle, risk factor and therapeutic management in people at high risk of developing cardiovascular disease from 12 European regions. *Heart* 2009, 95: 4-17.
6. Leander K., Wiman B., Hallqvist J. et al. - Primary risk factors influence risk of recurrent myocardial infarction/death from coronary heart disease: results from the Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP) *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehab* 2007, 14: 532-537.
7. Matei C., Pop I., Jurcut R. et al. - Romanian Multicentric Study of the Prevalence of Metabolic Syndrome - ROMES. *Hellenic Journal of Cardiology*, 2008, 49: 303-309.
8. Scholte op Reimer W., Maarten L., Boersma E. - Cardiovascular diseases in Europe Euro Heart Survey- 2006, *European Society of Cardiology*, 2006: 34-35.