

Keringési betegségek életmódi megelőzése és kezelése a katonai állományban

**Angi János százados,
Dr. med.habil. Kiss Róbert Gábor Ph.D.**

Kulcsszavak: miokardiális infarktus, kardiológiai rehabilitáció, kardiovaszkuláris prevenció

Hazánkban az úgynevezett korai szív- és érrendszeri halálozás kiugróan magas az uniós államokhoz képest. A 65 év alatti koszorúsér halálozás az uniós átlag mintegy háromszorosa, de például a franciaországi adatok hétszerese! Ennek oka elsősorban életmódból fakadó, de a prevenció orvosi tevékenység sem kifejezetten sikeres hazánkban.

A katonaelet, különösen misszióban további stresszforrás, a dohányzás, a nagy kalória-tartalmú ételek pedig tetézik a lelki megpróbáltatásokat. Nem lenne meglepő, ha az állományban fellépő keringési katasztrófák száma még a magyar átlagot is meghaladná.

Ahhoz, hogy a sikeres életmódváltoztatást követően ezen megelőzhető tragédiák száma csökkenjen, a külföldi példák alapján egy emberöltőre lenne szükség. Most erre nem várhatunk.

Ezért az életmódi prevenció képzésnek a kiképzés részévé kell válnia. Egyrészt ki kell szűrni a tünetmentes betegeket, erre megfelelő modern eszközök már hazánkban is elérhetőek (multislice coronaria CT angiográfia), fel kell mérni az állomány rizikóstatusát a jól ismert kockázati mezőkben (Izd. Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus). Továbbá a keringési betegségek által veszélyeztetett, vagy már megérintett személyek számára ambuláns keringésélettani foglalkozásokat, tréning-

programokat kell szervezni. Itt a szakmailag vezetett fizikai edzésen kívül életmódi képzésben is részesülnek a betegek, illetve veszélyeztetettek.

A Magyar Honvédség Honvédkórházában a Kardiológiai Osztályon 5 éve folyik ilyen ambuláns keringési rehabilitációs program. Ezek első eredményeit mutatjuk be az alábbiakban.

Elméleti alapok, előzmények. Egy hatékony, nem kellően kihasznált módszer: az ambuláns kardiológiai rehabilitáció

Napjainkra a szívbetegségek kezelése gyökeresen átalakult [4]. Olyan azonnali segítséget nyújtó gyógyítási módszereink vannak, amelyek révén a korábban hetekig életveszélyt, majd végleges megrokkantást eredményező betegségek és műtétek egy négyéjszakás kalanddá változtak. Az akut ellátást követően a betegek olyannyira egészségeseknek érzik magukat, és olyannyira csekély kórházi behatás éri őket,

hogy pszichés öngyógyító mechanizmusaik néhány nap alatt letörlik a kellemetlen emlékeket. Ettől kezdve belsőleg tagadják a betegséget, a hibás életmódot, azt a zsákutcát, amibe kerültek, és amibe visszakerülnek rövid idő alatt.

Az előző század gyógyítási lehetőségei hatalmas fekvőbeteg szívgyógyászati rehabilitációs intézményeket tettek szükségessé. Itt három hetes klasszikus kórházi feltételek között történnek a kezelések, oktatások, az otthontól távol, betegként, saját életükből átmenetileg kitiszítottként, szenvedő páriaként. Itt a betegek nagyobb része a rehabilitációs kórház átvészelésére rendezkedik be, titokban kiszökdősvé a környékbeli talponállókba. Nem vagy csak kevesek számára lesz valódi életmódváltási, „átnevelési“ mérföldkő a fekvő rehabilitáció. Gyorsan felejtendő emlék annál inkább.

Ma pedig a sikeres műtéti és gyógyszeres eljárások az életmódváltás nélkül csekély eredménnyel kecsegtetnek, csak az idő kerekét forgatják vissza átmenetileg. A kardiovaszkuláris betegségek döntő többsége életmódi eredetű, az inaktív, dohányos, stresszes, túlsúlyos, rosszul beállított hipertóniás emberek betegségei ezek. Különösen a fiatal, munkaképes korosztályok nyerhetnek, nyerhetnének évtizedes életelőnyt, ha erre az életmódváltásra rá lehetne őket szorítani, rá lehetne őket venni valahogy.

Ehhez azonban a saját életükbe visszatérve, a saját egészségük, a saját testük épségét értékként tekintve van egyedül esély.

Az ambuláns kardiológiai tréningprogramok gerince a csoportos fizikai edzés, a beteg team. Azonos nyomorúságban szenvedő, azonos eseményeket átvészelt emberek együtt fedezik fel a közös fizikai edzést, a fokozatosan növekvő, ébredő erejük felet-

ti örömet, a rivalizálást. Ebben a közegben végzett életmódi, dohányzás ellenes, diétás, pszichés oktatás, képzés gyökeret verhet és valódi életmód módosítást eredményezhet [4, 5, 6].

Ehhez legkevesebb négy hónapos, minimum heti 2 edzést tartalmazó, lehetőleg már munka mellett végzett program szükséges, igen képzett gyógytornással, diétetikussal, pszichológussal, ismételt kardiológiai kontrollal, terheléses vizsgálatokkal, tréningpulzus megállapításával.

Ez a módszer nyugat-európai tapasztalatok szerint sokkal olcsóbb, sokkal eredményesebb és persze sokkal emberibb, mint a fekvőbeteg-intézményi rehabilitáció [7-10].

Hazánkban az ambuláns rehabilitáció nincsen finanszírozva, bimbóit buzgón nyesegetik le a nagyhatalmú intézményi rehabilitátorok [11]. Néhány megszállott végzi mindössze.

Kutatási terv az ambuláns kardiológiai rehabilitáció sikerességének megítélésére

Egy ambuláns kardiológiai rehabilitációs munkacsoport tevékenységének eredményessége a bevont betegek életmódjának, egészségmagatartásának vonatkozásában: 34 fő került kiválasztásra koronária eseményen és/vagy műtéten átesett betegek közül, akik belekerülhettek a programba.

Az életmód adatainak vizsgálata kérdőíves felmérés módszer segítségével történt.

Az adatok elemzését Statistica program segítségével végeztük.

Betegek demográfiai adatai (I. táblázat)

Az alábbi specifikált 198, általunk kezelt betegből választottuk ki a vizsgált 34 főt.

Betegcsoport

A betegcsoport összetétele: 34, ambuláns rehabilitációs programban legkevesebb 4 hónapja rendszeresen résztvevő beteget vizsgáltunk.

A betegek átlagéletkora 60,7 év volt, amely csaknem 3 évvel kevesebb a teljes betegcsoport életkoránál.

Munkaképes korú betegeket vontunk be a programba, ez az eltérés magyarázata. A legfiatalabb beteg 46, a legidősebb pedig 70 éves volt.

| n (fő) | 198 |
|-------------------------|--------------|
| Átlagéletkor (év) | 63,42 ± 9,86 |
| Férfi/nő | 140/58 |
| BMI | 29,31 ± 4,85 |
| Hypertonia (fő) | 154 (77,8%) |
| Diabetes mellitus (fő) | 49 (24,7%) |
| Hyperlipidaemia (fő) | 110 (55,6%) |
| Dohányzás korábban (fő) | 107 (54%) |
| Dohányzás jelenleg (fő) | 42 (21,2%) |
| Korábbi PCI (fő) | 32 (16,2%) |
| Korábbi AMI (fő) | 59 (29,8%) |
| Perifériás érbeteg (fő) | 15 (7,6%) |
| Korábbi stroke (fő) | 14 (7,1%) |

A betegek 81 %-a volt férfi, 19 %-a nő. A teljes betegpopulációhoz képest ez némileg férfitúlsúlyt mutat. A fiatalabb, munkaképes életkorban valóban még az átlagnál is több a férfi, ez tükröződik itt.

Az ambuláns kardiológiai rehabilitációs programban töltött idő: átlagosan 19 hónap volt. A legrövidebb ideje a programban lévő, még a vizsgálatba bevont beteg 4 hónapja, a leghosszabb ideje a programban lévő beteg pedig 36 hónapja van a programban.

A bekerülés oka: 16 esetben akut miokardiális infarktust követően, 12 esetben coronaria bypass műtétet követően, 18 esetben pedig coronaria percutan intervenció, stent beültetést követően kerültek a betegek a programba. Nyilván voltak olyan betegek, akik két, vagy akár mindhárom okkal rendelkeztek a bekerüléskor. Mindössze egy beteg volt, akinél a program során esemény, mégpedig stent beültetés történt.

A rehabilitációs program eredményei részletesen

Jellegzetesen obes betegek kerültek a programba, testmagasságuk átlagosan 173,3 cm volt, induló testsúlyuk pedig 95,68 kg.

A válaszadás időpontjában testsúlyuk 88,5

| Terápia | PCI előtt | PCI után |
|--------------------------------------|-------------|-------------|
| ASA (fő) | 166 (83,8%) | 171 (86,4%) |
| Clopidogrel/egyéb thienopyridin (fő) | 0 | 191 (96,5%) |
| ACEI/ARB (fő) | 143 (72,2%) | 144 (72,7%) |
| BB (fő) | 137 (69,2%) | 148 (74,7%) |
| Statin (fő) | 128 (64,6%) | 154 (77,8%) |
| Nitrát (fő) | 35 (17,7%) | 38 (19,2%) |
| CCB (fő) | 54 (27,3%) | 46 (23,2%) |
| Diureticum (fő) | 65 (32,8%) | 68 (34,3%) |

I. táblázat: A vizsgált időszakban koronária intervencióra került betegek jellegzetes demográfiai mutatói és gyógyszeres kezelési formái

kg volt, amely mintegy 7 kg-os fogyást jelent átlagban. Mindössze egyetlen beteg volt, akinek nőtt a testsúlya a program időszakában. A legnagyobb mértékű fogyás pedig 14 kg volt.

A betegek a programba kerüléskor 41 %-ban aktív dohányosok voltak. A program végére csak 5.8 %, vagyis két beteg maradt dohányos.

Étrendjük, saját étkezési szokásaikról kialakított véleményük a program elején és a program végén 10-es skálán felmérve a következő volt (legegészségesebb volt az 1-es):

Sószegény étrend a program elején: 4.64, a program végén: 3.44.

Zsírsegény étrend a program elején: 5.11, a program végén: 3.53.

Szénhidrátszegény étrend a program elején: 4.23, a program végén: 3. Megállapítható, hogy diétájuk egyértelműen, minden összetevőjét tekintve közeledett az egészségnek tartotthoz. Ez valószínűleg igaz, hiszen jelentős fogyást észleltünk.

Legkifejezettebben terhelhetőségük nőtt, legalábbis saját megfigyelésük, saját magukról alkotott véleményük szerint:

10-es skálán 3.65-ről 7.59-re nőtt a program eredményeként.

Testi állapotukat a programba kerüléskor 10-es skálán 3.65-nek vélték, amely a program végén 7.23 lett.

Hasonló mértékű kedvező változást jeleztek a betegek lelki státuszuk, lelki sérültségük, kedélyük felmérését illetően: a program során ez a mutató 3.94-ről 7.64-re nőtt.

Párkapcsolati állapotuk, párkapcsolati bol-

dogságuk kisebb mértékben változott, de itt is pozitív a változás: 4.94-ről 5.7-re nőtt a szubjektíve jelzett mutató átlagértéke.

A napi stressz, stressztűrő képesség mértékét illetően a következőket regisztráltuk: a program elején ez relative magas volt, 10-es skálán 5.94, amely a program végére 3.41-re csökkent.

A legegértelműbb választ arra a kérdésre kaptuk, hogy **vajon volt-e értelme az ambuláns kardiológiai rehabilitációs programban való részvételüknek. Ez 10-es skálán 9.88-nak adódott**, vagyis a betegek egyértelműen indokoltnak és eredményesnek ítélték meg a programban töltött időt.

A szöveges értékelésekre térve, a résztvevő betegek számára – amint az a numerikus véleményekből is kiderült – a program legfőbb értéke:

- a fizikai képességek javulása,
- a fizikai erőnlét javulása,
- a testalkat, a teljesítmény kedvező változása volt kézzel fogható.

Megjelentek azonban a testi léten túlmutató megfogalmazások is:

- élethez való hozzáállás javulása,
- remény visszaadása,
- a betegség előtti lét visszakapása,
- az életminőséggel kapcsolatos nagyobb tudatosság kiépülése,
- a mozgás és étkezés együttes kezelése,
- kevesebb stressz,
- összességében életmódváltás elérése.

Következtetések

- A hazánkban még csak sporadikusan fo-

lyó, de Európában igen elterjedt ambuláns kardiológiai rehabilitációs program magyar viszonyok között is eléri azokat a kedvező eredményeket, amelyeket a nemzetközi tapasztalatok is mutatnak. A testsúly csökkenése, a dohányzás elhagyása, az étkezési szokások megváltoztatása elérhető ezzel a módszerrel infarktusz vagy szívműtét után.

– Rendkívül fontos a programnak az a szándékolt eleme, hogy az átvészelt testi betegségből testi megközelítéssel, tehát gondosan vezetett fizikai tréningprogrammal lehet kikerülni. A legfontosabb pont ebben a folyamatban ugyanis nem a körülmények megteremtése, hanem a beteg megnyerése, hiszen helyette nem tudjuk az életmód változtatást megtenni. Ahhoz, hogy ezt a komplex, több éves folyamatot, amely az életmódváltást jelenti, a beteg megvalósítsa, meg kell őt nyernünk. A nyilvánvalóan rossz fizikai állapotú, éppen a kórházból, döntő esemény vagy műtét után kikerülő beteget megnyerjük, a fizikai tréning központú megközelítés sikeres útnak bizonyult. A program során a fizikai állapot, a teljesítmény javulása, az állandó csapatgok, betegtársak folyamatos hatása révén lassan elfogadják az egészségközponitú lét, az egészségmagatartás szabályait. Nem dobják sutba a szó szerint verejtékkel elért szubjektív kis eredményeiket.

– A fizikai edzőközpontú program során elért komplex kardiovaszkuláris kockázatsökkenés jól mérhető volt. Ehhez csatlakozott az a “well-being” tudat, amely megnyilvánult a dohányzási, étkezési szokások megváltozásában éppúgy, mint a testi, fizikai képességek objektív és szubjektív javulásában, a lelki egészség kialakulásában, a stressztűrő képességben, de még a párkapcsolati vonatkozásokban is. A betegek a program végére is tudati szinten megmaradtak ebben a rendszeres fizikai edzés

alapú gondolkodásban, de eközben szépen lassan átalakult énképük, egészségképük, egészségtudatuk.

– Nem voltak érdemben a betegség romlására utaló események, halál, infarktusz, sztrók a program betegei között. Ez a betegség valóban megállítható komplex életmódváltással, legalábbis a modern medicina eszközös és gyógyszeres lehetőségeinek alkalmazásával együtt.

– A program verbális, oktatási elemei a megfelelően orientált betegekben már könnyen célba találnak. Az elkoptott üres életmódi üzenetek a program kötődései nélkül érdemi eredményt nem hoztak volna [12].

(A közlemény *Dr Kiss Róbert Gábor* „Szív- és érrendszeri megelőzés. Tények és feladatok itthon és Európában” címmel 2011-ben a Szent István Egyetem Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar, Regionális Gazdaságtani és Vidékfejlesztési Intézet Egészségtudományi Kutatóközpontjának egészségügyi gazdálkodási és stratégiai specialista képzésén sikerrel megvédett diplomadolgozatából átvett részt tartalmaz.)

IRODALOM

- [1] WHO HFA Database 2006.
- [2] Szollár L., Pados Gy., Balogh S., et al.: Összefoglalás az V. Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferencia ajánlásairól. *Metabolizmus* 2012, X. évf., Suppl. A 2-4.
- [3] Czuriga I, Kancz S, Karlócai K, Zámolyi K.: A cardiovascularis betegségek megelőzése a napi orvosi gyakorlatban. *A Kardiológiai Szakmai Kollégium irányelve. Kardiológiai Útmutató. Medition kiadó, Budapest, 2009, 3: 8-24.*
- [4] Berényi I, Gara I, Hoffmann A., et al.: A kardiológia rehabilitáció szakmai és szervezeti irányelvei (feltétel- és követelményrendszer). *Orvosi Hetilap, 1997, 138: 33.*
- [5] Bokor P, Duba J., Gara I., et al.: Javaslat az ambuláns kardiológiai rehabilitáció szervezésére.

Rehabilitáció, 1991, 1: 2.

- [6] Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja „Ischaemiás szívbetegek rehabilitációja”. Készítette: a Kardiológiai Szakmai Kollégium http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/kardiologia/Egészségügyi_Közlöny_2006_5_2_CD_melléklet.
- [7] EUROASPIRE STUDY GROUP. A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: Principal results. *Eur. Heart. J.*, 1997, 18: 1569-1582.
- [8] EUROASPIRE II STUDY GROUP. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. Principal results. *Eur. Heart. J.*, 2001, 22: 554-572.
- [9] Euro Heart Survey Programme. Time trends in lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients 1995 – 2007. Presented by *D.A. Wood* on behalf of the Survey Expert Committee and all investigators participating in the Euro Heart Survey on Preventive Cardiology. ESC Congress, Vienna, September 2007.
- [10] European guidelines on cardiovascular disease prevention: 4th Joint Task Force of European Society of Cardiology and Other Societies and on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur. J. Cardiovasc. Prev. and Rehab.*, 2007, 14(2): E1-E40.
- [11] *Gara I.*: Quo vadis rehabilitatio hungarica cardiologica? *Rehabilitáció*, 2006, 16: 3.
- [12] A Nemzeti Egészségügyi Tanács állásfoglalása a „Szív és érrendszeri megbetegedések megelőzésének és gyógyításának nemzeti programjáról. <http://www.eum.hu/nemzetkozi-kapcsolatok/nemzeti-egeszsegugyi/nemzeti-egeszsegugyi>

Capt. J. Angi,
Prof. R.G. Kiss M.D., Ph.D.

Cardiovascular prevention and treatment by lifestyle education in the army

The so called „early“ cardiovascular mortality is exceedingly high in Hungary compared to the EU. Coronary mortality under 65 lifeyears is three times higher, than the EU average, nevertheless 7 times higher than the French average. It has a lifestyle cause but even medical activity targeting prevention has less value, too.

Military, life holds further stress, smoking, high calory diet, emotional distress, especially in mission. It might be expected that number of circulatory catastrophes in the army are more, than the country average.

For preventing such tragedies after a successful lifestyle change, decades might be needed according to foreign experiences. We cannot wait for that.

Therefore, lifestyle preventive education must be a part of military training.

Key-words: myocardial infarction, cardiac rehabilitation, cardiovascular prevention

Angi János szds.

1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44.