

# Az életmód és az osteoporosis kapcsolata közép- és időskorú nők körében

Dr. Nagy Ágnes, Dr. Paulik Edit

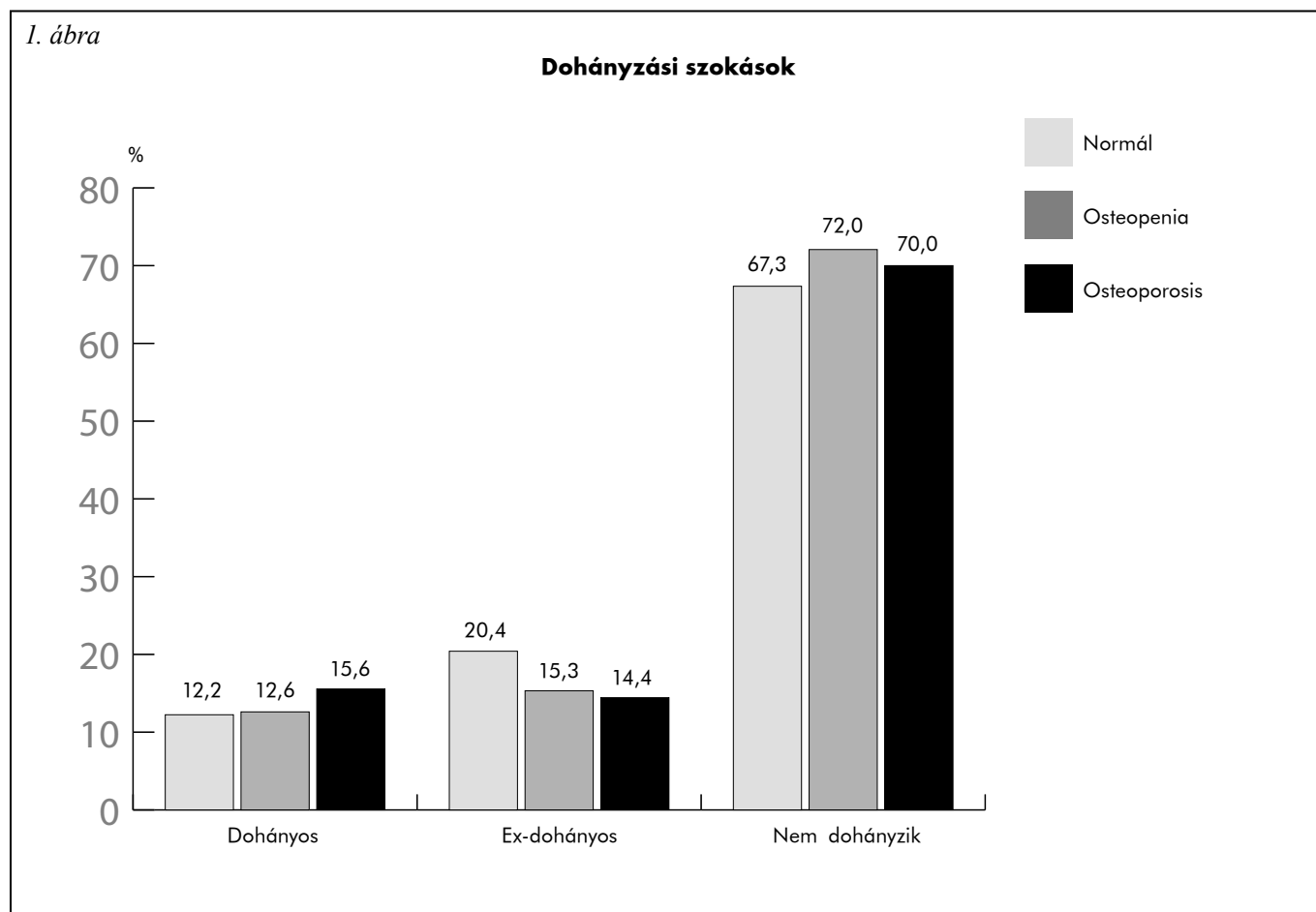
Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségtani Intézet

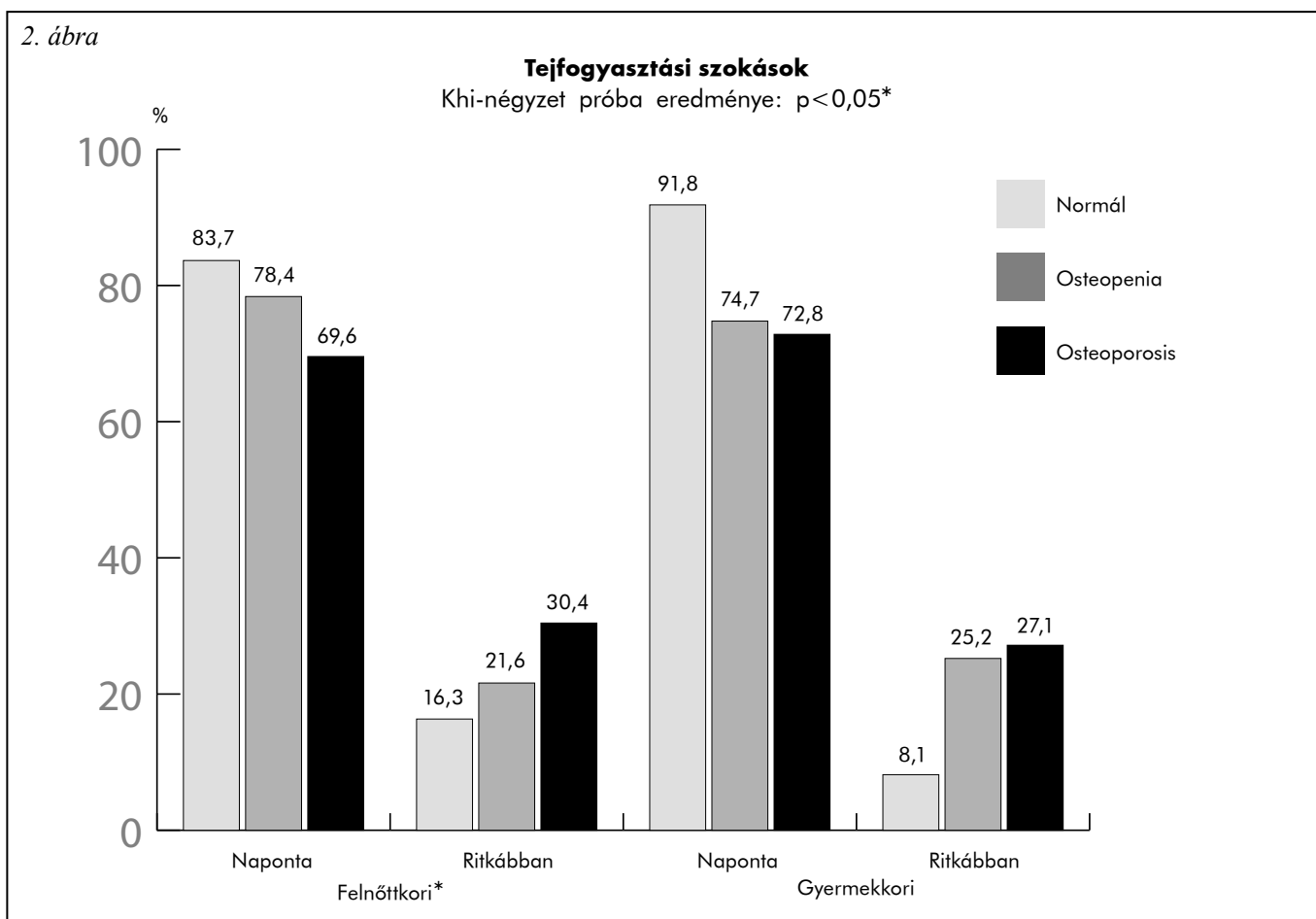
## Bevezetés

Az *osteoporosis* a csontrendszer mennyiségi és minőségi romlásával járó civilizációs betegség, amely a csont szilárdságának gyengülése révén fokozott törési hajlamot eredményez. Gyakran éveken keresztül sem okoz panaszokat, ezért néma járványnak is nevezik. (1) A betegség első tünetei háti- vagy deréktáji fájdalom formájában jelentkezhetnek, amelyek kevés mozgás után, illetve a gerinc tehermentesítésére enyhülnek. Jellemző a fáradékonyság, a gyengeség, a fizikai teljesítőképesség és a testmagasság csökkenése is.

Leggyakrabban – súlyosabb következményként – csigolyatörések, csuklótáji, alkarcsonti törések, illetve idősebb korban combnyaktörések fordulnak elő, amelyek rokkantságot és jelentős életminőség-csökkenést idézhetnek elő. A csonttöréssel járó esetekben az átlagos lakossági halandósághoz képest nagyobb a halálozás kockázata is.

A csonttrikulás világszerte mintegy 200 millió nőt érint, becslések alapján a 60–70 évesek egyharmadát, míg a 80 év felettiek kétharmadát sújtja. (2) Az Egyesült Államokban az





osteoporosis prevalenciája az 50 év fölötti nők körében 2015-re megközelíti a 35 milliót. (3) Az osteoporosis hazánkban minimálisan a lakosság 7–10 százalékát, mintegy 600 ezer nőt és 300 ezer férfit érint, és évente kb. 80–90 000 csonttörésért felelős. (4)

Etiológiai szempontból *primer* és *szekunder osteoporosis* különíthető el. A *primer (involutív)* formában az életkor előrehaladtával csökken a csont szerves és szervetlen állománya, amely a minőségi, mikroarchitekturális változásokkal együtt olyan mértékűt ér el, hogy gyengül a csontok szilárdsága és nő a törési rizikó. (4) Kialakulásában a genetikai hajlamosító faktorok (sovány testalkat, alacsony termet, stb.) és az öregedés élettani hatásai mellett jelentős szerepet kapnak az életmódbeli tényezők, ezen belül is kiemelten az alacsony Ca- és D-vitamin bevitel, valamint a fizikai inaktivitás. Egészségtudatos magatartással, az életmódbeli tényezők befolyásolásával, a fiatalkori csúcscsonttömeg növelésével azonban csökkenthető a csonttrikulálás kialakulásának kockázata.

A *szekunder osteoporosis* különböző kórképek (pl. a pajzsmirigy fokozott vagy csökkent hormontermelésével járó betegségek) következményeként, illetve bizonyos gyógyszerek (nagy dózisu kortikoszteroidok, L-thyroxin, stb.) hatására jön létre. (5)

Napjainkban a betegség egyszerű módszerekkel, a csontsűrűségének (bone mineral density, BMD) mérésével diagnosztizálható, amelyre a társadalombiztosítás évente 2–3

milliárd forintot költ. (6) A BMD mérése során a csont ásványianyag-tartalmát vizsgálják az azonos életkorú egészséges átlaghoz (Z-score) és a fiatalkori csúcscsonttömeghez (T-score) viszonyítva. (7)

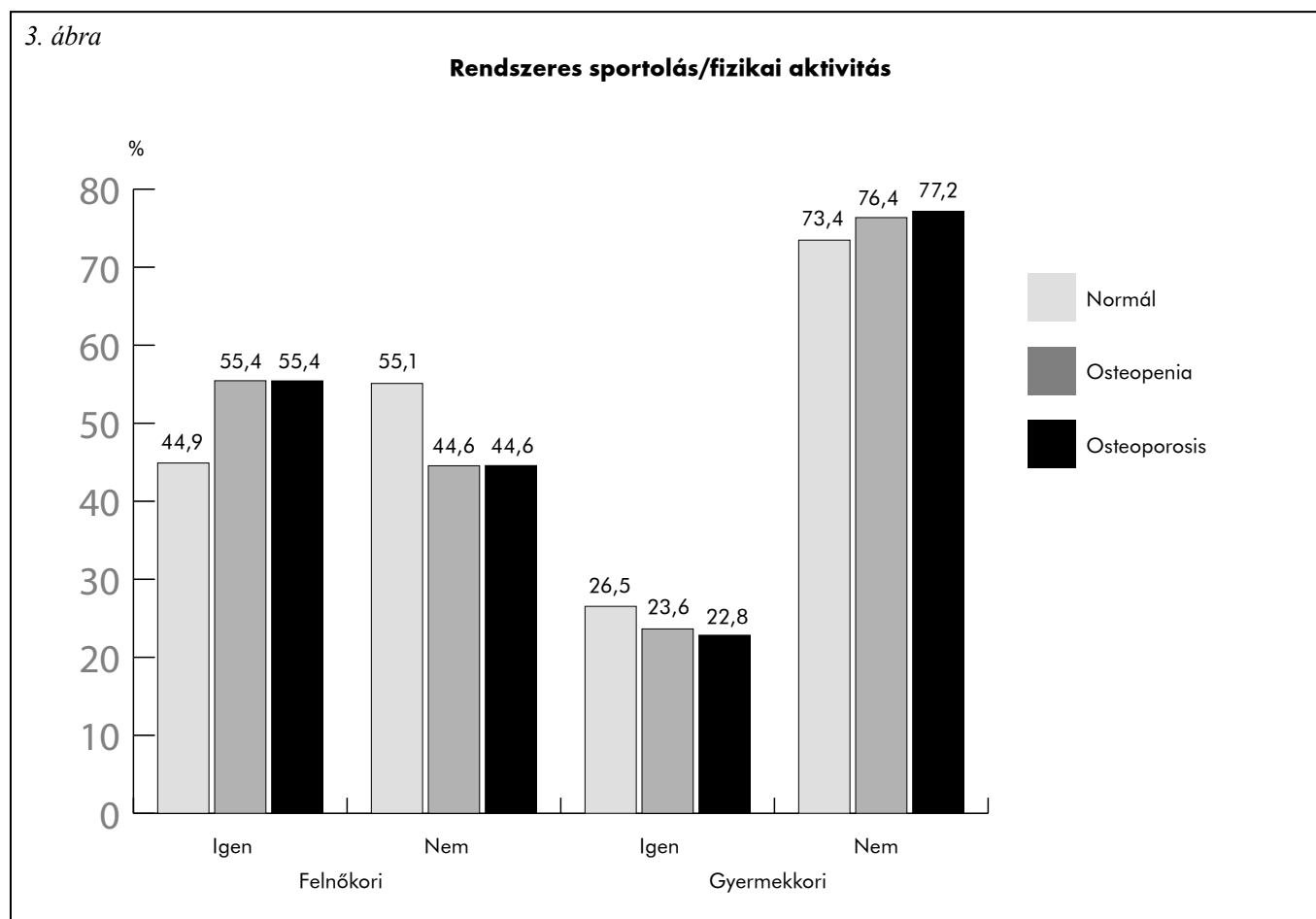
Vizsgálatunk célja az osteoporosis hátterében rejlő életmódbeli tényezők felmérése volt – ismételt csonttrikulálás-szűrőre résztvevő – közép- és időskorú nők körében, a csontsűrűség-mérés eredményével (normális csonttömeg, osteopenia, manifest osteoporosis) való összefüggésben.

## Módszer

A kérdezőbiztos segítségével végzett kérdőíves felmérésben 254 közép- és időskorú nő vett részt. A vizsgálatba bevontak kiválasztása véletlenszerűen történt azok közül, akiknél a 2007. február és július közötti időszakban az EUROMEDIC Diagnostics Szeged Kft. Újklínikai telephelyén osteodenzitometriás vizsgálatot végeztek. A felmérésben való részvétel önkéntes és névtelen volt.

A kérdőív a megkérdezettek szociodemográfiai helyzetét, életminőségét, egészségi állapotát és életmódját (dohányzási, kávé- és alkoholfogyasztási szokások, tej- és tejtermékek fogyasztása, kalcium- és D-vitamin bevitel, fizikai aktivitás) vizsgálta.

Az adatfeldolgozás SPSS 13.0 for Windows statisztikai programmal történt. Az értékelés során a százalékos megosz-



lások összehasonlítására khi-négyzet próbát alkalmaztunk; az eredményt  $p < 0,05$  esetén tekintettük szignifikánsnak.

A vizsgálatot a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának Regionális Humán Orvosbiológiai Kutatásértékelési Bizottsága engedélyezte.

### Eredmények

A megkérdezettek 20,1%-a 55 év alatti, 41,7%-a 55–64 éves, 27,6%-a 65–74 éves, 10,6%-a pedig 75 éves vagy idősebb volt, átlagéletkoruk 62 év.

A csontsűrűség-mérés – femur-nyak átlag, femur-teljes átlag, és AP gerinc – T-score értéke alapján három csoportot különítettünk el: normál eredménnyel rendelkezők ( $T\text{-score} > -1$ ), osteopeniások ( $-1 \geq T\text{-score} > -2,5$ , legalább egy eredményben) és manifeszt osteoporosisban szenvedők ( $-2,5 \geq T\text{-score}$ , legalább egy eredményben). Eszerint a megkérdezettek 19,4%-a a „normál”, 44,1%-a az osteopeniás, míg 36,5%-a az osteoporosis csoportba tartozott.

A dohányzási szokásokat illetően nem volt szignifikáns különbség a nem dohányzók, az ex-dohányosok és a jelenleg dohányzók csontsűrűség-eredményei között. (1. ábra)

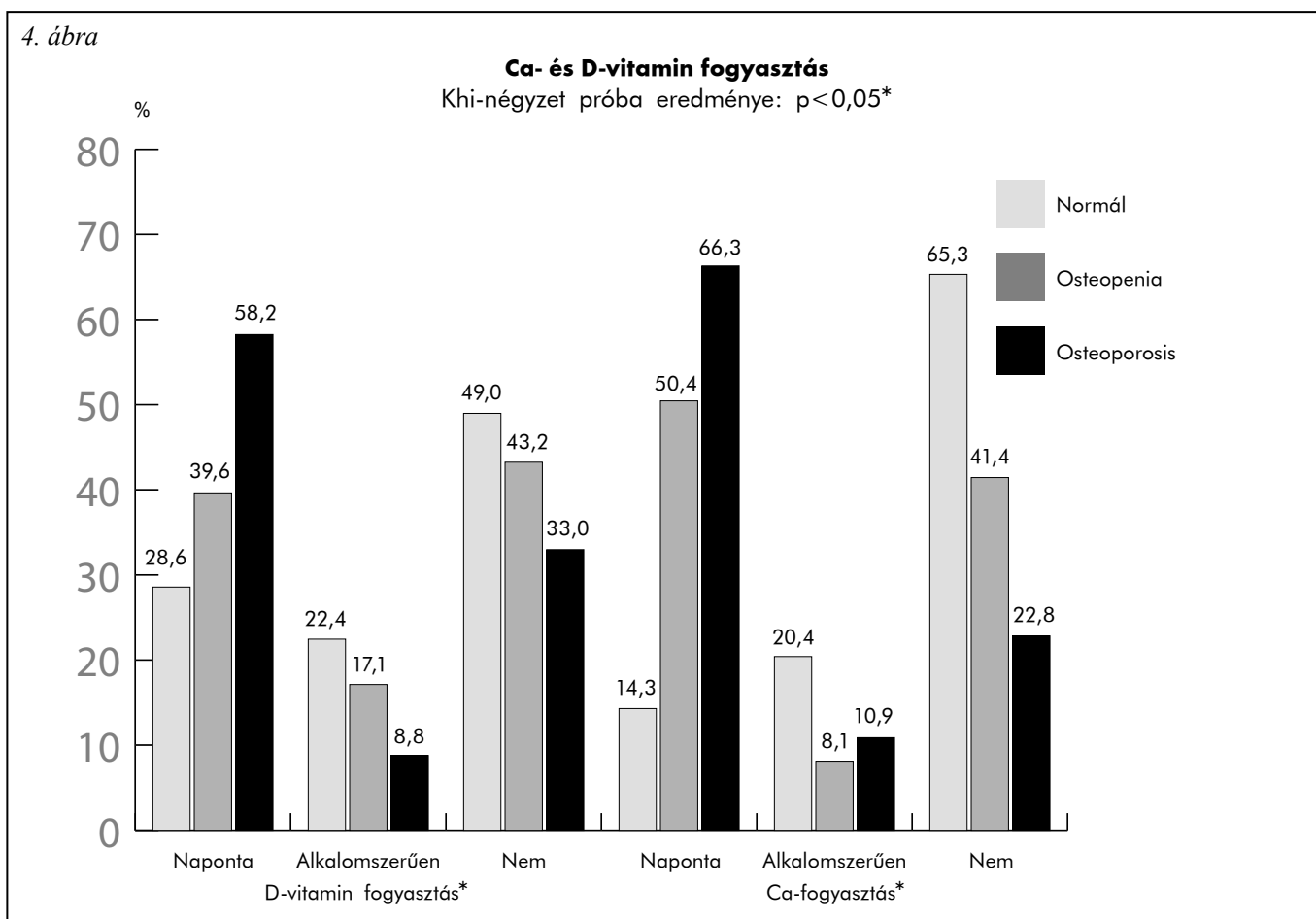
Az alkoholfogyasztási szokásokat vizsgálva hasonló eredményeket találtunk a három csoportban: a normál csontsűrűség-értékkel rendelkezők 4,0%-a, az osteopeniások 8,1%-a, a manifeszt osteoporosisban szenvedők 8,7%-a fogyasztott

napi vagy heti rendszerességgel alkoholt. Kávéfogyasztás tekintetében sem mutatkozott lényeges különbség az egyes csoportok között.

A gyermekkori tejfogyasztási szokásokban jelentős különbség állt fenn a naponta, illetve az ennél ritkábban tejet ivók eredményeit vizsgálva. A gyermekkorukban naponta, illetve ennél ritkábban tejet fogyasztók között 23,1% vs. 7,0% volt a normál csontsűrűségűek aránya. A csonttritkulásban szenvedők 72,8%-a, az osteopeniások 74,8%-a, a normál eredménnyel rendelkezők 91,8%-a ivott napi rendszerességgel tejet. A felnőttkori tejfogyasztást vizsgálva az osteoporosisos betegek 69,6%-a, az osteopeniások 78,4%-a, a normál eredménnyel rendelkezők 83,7%-a ivott naponta tejet. (2. ábra)

Sem a korábbi, sem pedig a jelenlegi fizikai aktivitás tekintetében nem volt szignifikáns különbség a csoportok között. Pozitív eredménynek tekinthető viszont az a változás, hogy míg a csonttritkulásos betegeknek mindössze 22,8%-a sportolt korábban, jelenleg 55,4%-uk mozog rendszeresen. (3. ábra)

A szakorvosok által rendelt gyógyszerek közül lényegesen többen szedtek korábban, illetve jelenleg biszfoszfonát készítményeket: a normál csontsűrűség-értékkel rendelkezők 2,1%-a, az osteopeniások 16,0%-a, a manifeszt osteoporosisban szenvedők 52,8%-a. SERM- (szelektív-ösztrogén-receptor-modulátor) készítményeket a normál csontsűrűség-eredménnyel rendelkezők és az osteopeniások közül



senki, míg a manifeszt osteoporosisban szenvedők 6,7%-a szed/ett korábban, illetve jelenleg.

A Ca- és D-vitamin használatának gyakoriságát vizsgálva szintén jelentős eltérés mutatkozott a naponta, illetve az alkalmoszerűen vagy egyáltalán nem szedők között. (4. ábra) Az osteoporosisos betegek szignifikánsan nagyobb mennyiségben fogyasztottak kalciumot, illetve D-vitamint; 58,2%-uk naponta vett be valamilyen Ca-készítményt, míg az osteopeniások 39,6%-a, a normál eredménnyel rendelkezők 28,6%-a tette ezt. A csontritkulásban szenvedők 66,3%-a, az osteopeniások 50,5%-a, míg a teljesen egészségesek 14,3%-a napi rendszerességgel fogyasztott D-vitamint.

A kalcium bevétele – a megkérdezettek 59,1%-ánál – többnyire Ca-pezsőtablettaformájában történt; a manifeszt osteoporosisban szenvedők 32,2%-a pezsőtablettát, míg 8,9%-a Calcivid-et szedett alkalmoszerűen vagy rendszeresen.

A megkérdezettek 6,4%-ának volt tudomása olyan klubról, ahol a csontritkulással érintettek további információkat kaphatnak betegségükről; 74,9% úgy vélte, hogy elegendő információt kapott az orvosától, ugyanakkor 47,6%-uk szélesebb körű tájékoztatást igényelne.

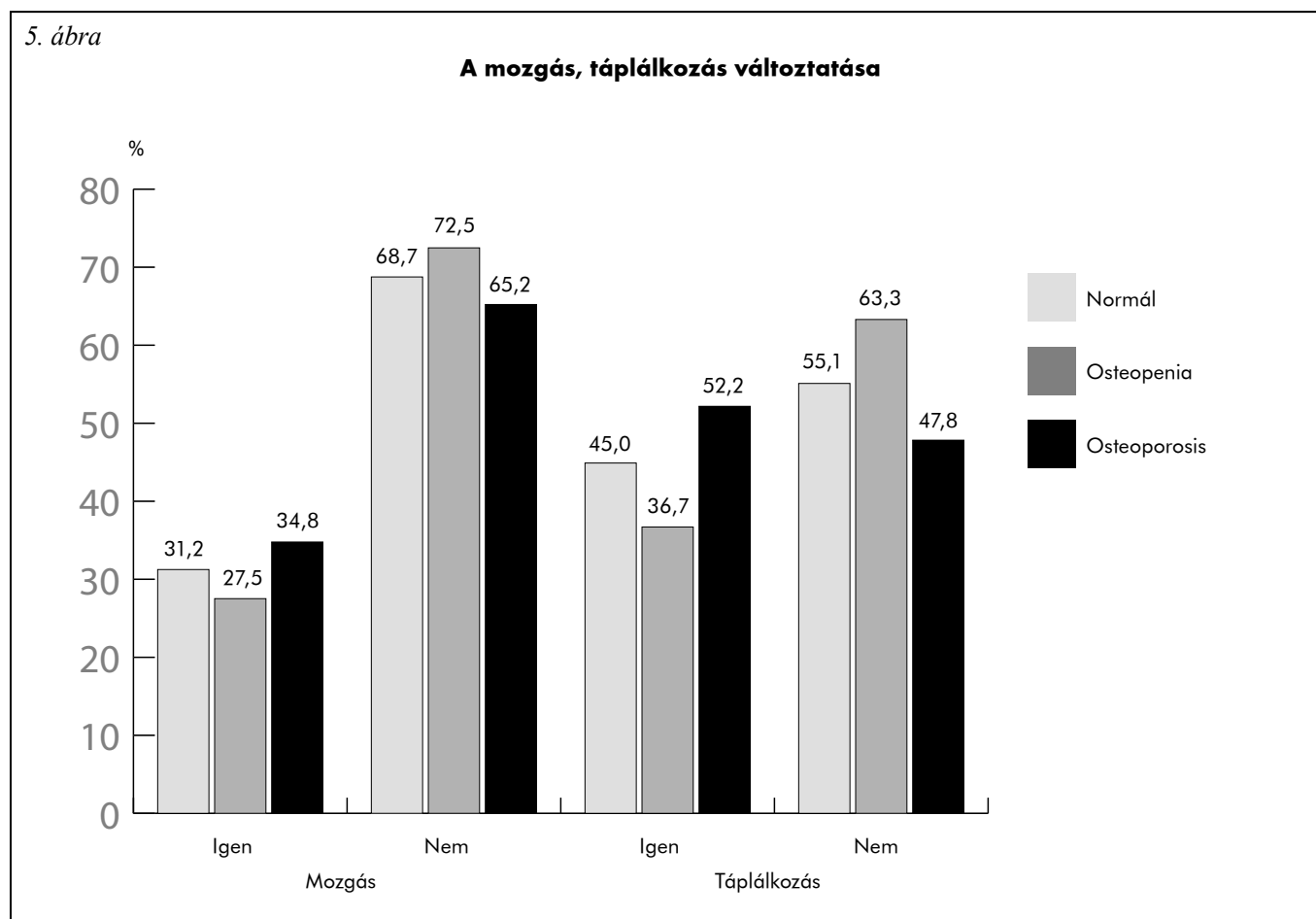
Az életmódváltást vizsgálva azt találtuk, hogy táplálkozási szokásain az osteoporosisos betegek 52,2%-a, míg a fizikai aktivitást illetően mindössze 34,8%-uk változtatott. Ez az arány az osteopeniások körében 36,7%, illetve 27,5%, a normál csontsűrűség-értékkel rendelkezők körében pedig

44,9% illetve 31,3% volt; a különbség egyik esetben sem bizonyult szignifikánsnak. (5. ábra)

## Megbeszélés

Megfelelő ismeretek birtokában, az életmód tudatos megválasztásával számos későbbi betegség, így a csontritkulás is megelőzhető, kialakulásának kockázata csökkenthető, s ezáltal az életminőség, életszínvonal javulása mérhetővé válik mind az objektív, mind pedig a szubjektív mutatók terén. Ahhoz azonban, hogy ezek a változások tapasztalhatóak legyenek, mindenekelőtt a kockázatnak kitett lakosság gondolkodásmódján kell változtatni. E probléma megoldása elsősorban a preventív medicina feladatkörébe tartozik. Az osteoporosis prevenciója fiatal korban a csúcscsonttömeg lehető legmagasabb szintjének elérését, míg idősebb korban ennek megtartását jelenti. (8) Ehhez kiemelten fontos a megfelelő tájékoztatás, a pontos ismeretátadás, a lényeglátás elősegítése, a saját szerep, s ezen keresztül az egyéni felelősség hangsúlyozása az egészség megtartásában.

Eredményeink alapján megállapítható volt, hogy a betegség ismerete nem befolyásolta olyan mértékben pozitív irányban a vizsgált nők életmódját, ahogyan azt az eredményes terápia megkíváná. A betegek állapotukat elsősorban „tablettákkal” – vitamin- és ásványianyag-készítményekkel, az orvos által rendelt gyógyszerekkel – próbálták javítani.



Igen alacsony volt azoknak az aránya, akik ismertek olyan helyi közösséget, ahol a csontritkulással érintettek további felvilágosítást kaphatnak betegségükről. Az orvostól kapott információk nem mindig bizonyultak elegendőnek, a megkérdezettek fele szélesebb körű tájékoztatást igényelt volna.

Az osteoporosis – szövődményei következtében – jelentős szenvedést, életminőség-csökkenést okozhat. A töréseket követően az idős betegek sok esetben ágyhoz kötöttek maradnak, kórházi ápolásra szorulnak. A *National Osteoporosis Foundation* (USA) adatai szerint a csípőtáji törést szenvedett betegek közül fél évvel a törést követően 10 betegből öt nem tudott önállóan öltözködni, kilenc képtelen volt segítség nélkül 800 métert gyalogolni, további kilenc pedig félemeletnyi magasságot megtenni egyedül; hat beteg közül egy hunyt el a szövődmények következtében. (9) Az ellátásuk nehéz feladatokat ró a családtagokra, és az emberi tényezőkön, az egyéni sorsokon túl az egészségügyi ellátórendszer is jelentős többetkiadásokkal terheli.

Az osteoporosis hatékony kezeléséhez és az elért eredmények megtartásához az orvossal való együttműködés mellett feltétlenül szükséges az egyén életmódjának megváltoztatása is. Ehhez lényeges az egészségüggyel való együttműködés, hiszen ha a beteg nincs meggyőződve, illetve meggyőzve arról, hogy betegségének gyógyítása, gyógyulása az ő aktív részvétele nélkül nem lehetséges, akkor a gyógyítás ideje, hatásossága fog kárt szenvedni. (10) Emellett szükség van

az életmód megváltoztatására is, amely főleg idősebb korban nem könnyű feladat. Éppen ezért fontosnak tartjuk egy olyan helyi közösségi egészségfejlesztő program kidolgozását, amelynek keretében az egyébként „magányos”, motiválatlan betegek – sorstársaik körében – nagyobb hatékonysággal tudnak változtatni életmódjukon. Az ott megszerzett tudást gyermekeiknek, unokáiknak továbbadva a betegség populációs szintű megelőzésében is fontos szerephez jutnának.

### Összefoglalás

A 2007. február és július közötti időszakban történt kérdőíves felmérés célja ismételt osteodensitometriás szűrésen résztvevő közép- és időskorú nők életmódjának (dohányzási, kávé- és alkoholfogyasztási szokások, tej- és tejtermékek fogyasztása, kalcium- és D-vitamin bevitel, fizikai aktivitás) vizsgálata volt. Az egészségmagatartás jellemzői és a csontsűrűség-mérés eredményeinek összevetése alapján a betegség ismerete nem befolyásolta olyan mértékben pozitív irányban a vizsgált nők életmódját, ahogyan azt a hatékony terápia megkíváná. A betegek állapotukat elsősorban „tablettákkal” – vitamin- és ásványianyag-készítményekkel, az orvos által rendelt gyógyszerekkel – próbálták javítani. A szerző az adatok bemutatásával egy helyi közösségi egészségfejlesztő program kidolgozásának fontosságára hívja fel a figyelmet a hatékonyabb változtatás érdekében.

## Summary

The purpose of this questionnaire-based epidemiological study, carried out in February to July 2007, was to investigate lifestyle factors (smoking; coffee, alcohol, milk and dairy product consumption; Ca and vitamin D intake; physical activity) among middle-aged and elderly women participating in repeated osteodensitometry. Comparison of health behaviour and bone mineral density revealed that the

women's lifestyle was not as much influenced in the positive direction by knowledge about their osteoporosis as would be desirable for an efficient therapy. The patients tried to treat themselves by taking pills (vitamin and mineral preparations, as well as medications ordered by doctors).

The author's aim with demonstrating these data was to emphasize the importance of elaborating a local health development program in order to achieve a more efficient alteration in lifestyle.

## IRODALOM

1. Lakatos P.: „Az osteoporosis gyógyszeres kezelésének korszerű szemlélete.” *Hippocrates*, 2005;7(2):120–127.
2. Nagy P.: „NORA vizsgálat.” *Hippocrates*, 2002;4(1):54–57.
3. George A. Kelley–Kristi S. Kelley.: „Exercise and bone mineral density at the femoral neck in postmenopausal women: A meta-analysis of controlled clinical trials with individual patient data.” *Am. J. Obs. Gyn.*, 2006;194:760–767.
4. László Á.: „Osteoporosis a postmenopausában.” *Orvosi Hetilap*, 2004; 145(1):3–13.
5. Tártsy Cs.–Szerb J.–Varga L.–Toldy E.: „Posztmenopauzában lévő nők csontanyagcsere-vizsgálata a testtömegindex függvényében.” *Ca és Csont*, 2004;7(2):43–47.
6. Szathmári M.: „Új gyógyszer a csontritkulás kezelésére.” *Világgazdaság Online*, 2006. december
7. Somogyi P.: „A csontritkulás diagnosztikája és terápiája 2007-ben.” *Hippocrates*, 2007; 9(2): 91–98.
8. Mikó I.: „Az osteoporosis diagnosztikája és terápiája.” *Hippocrates*, 2001;3(1):31–36.
9. Bors K.–Bálint G.–Szekeres L.–Balogh Á.–Forgács S.–Genti Gy.–Holló I.–Kiss L.–Marton I.–Poór Gy.–Somogyi P.–Szekanecz Z.–Szűcs J.–Takács I.–Tamási L.: „Ajánlás az osteoporosis prevenciójára, az osteoporosisos beteg rehabilitációjára.” *Ca és Csont*, 2003;6(3): 116–120.
10. Simon T.: „Az egészséges életmód szabályai ismeretének alakulása 14–19 éves fiatalok körében 1993, 1995 és 1998 években Magyarországon.” *Egészségnevelés*, 1998;39:236–239.