

# Menopauza korú nők – hipertónia, kardiovaszkuláris rizikó

**Dr. Masszi Gabriella PhD**

osztályvezető főorvos

Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet - Nyíró Gyula Kórház  
Budapest

**A** menopauza az utolsó vérzéstől eltelt 1 év utáni időszakot jelenti, de az élettani változások már jóval megelőzik ezt, ezért a szakirodalom perimenopauzális időszakról is beszél. Az ováriumok működésének lassú, fokozatos kimerülésével párhuzamosan az ösztradiolszint jelentősen lecsökken. A változás korát megelőzően a nőknek alacsonyabb a vérnyomásuk, mint a férfiaknak, a menopauza beállta után, a 60. életév környékén általában megfordul ez az arány az epidemiológiai vizsgálatok tanúsága szerint. Ez a megfigyelés arra enged következtetni, hogy a nemi hormonoknak, illetve a hormonális működés elmaradásának fontos szerepe lehet a hipertónia kialakulásában. A hormonális változások, a lipidparaméterek aterogén jellegű átalakulása és az életkorral is párhuzamos vérnyomás-emelkedés a kardiovaszkuláris rizikó növekedését idézi elő. Az elhízáshoz az ülő életmód és a diétahibák is hozzájárulnak természetesen, de ezek is kedvezőtlen irányba alakítják a szív- és érrendszeri megbetegedéseket előreléző rizikóprofilot. Szimpatikus túlsúly és részben ennek következményeként is kialakuló inzulinrezisztencia, végül diabétesz mellitus alakulhat ki, tovább rontva az esélyeket. A változások eredője a szív- és érrendszeri megbetegedések megjelenését segíti elő. Összesítve az ösztrogén kedvező, az érrendszert védő hatásait vaszkuláris, metabolikus, antiaterogén és a hemosztázist befolyásoló hatásokra oszthatjuk. Mindezek hiányában menopauzában a szív- és érrendszeri rizikó megsokszorozódik a nőkben. Az obezitás, a diszlipidémiák, a magas vérnyomás és az inzulinrezisztencia – melynek gyakran diabétesz mellitusz kialakulása lesz a következménye – sokszor együtt tapasztalható ebben a korosztályban. A kockázati tényezők együttese nem additív módon, hanem exponenciálisan növeli meg a szív- és érrendszeri esemény bekövetkeztének valószínűségét. Ha a vaszkuláris érhatásokat vesszük figyelembe, rögtön érthetővé válik, miért nő meg a hipertónia gyakorisága az ösztrogénhiányos állapotban és miért gyakoribb 55–60 éves kor felett, mint a férfiaknál. A menopauza beálltával a vérnyomás 4-5 Hgmm-t emelkedik, amit a fentiek mellett a sóérzékenység fokozódásával, a csökkent endoteliális NO (nitrogén-oxid) termeléssel és az 1-es típusú angiotenzin II receptorok up-regulációjával is összefüggést mutat.

Minél korábban alakul ki a hipertónia, annál nagyobb a szív- és érrendszeri események valószínűsége a későbbiekben. Igaz ez a várandósság idejében

elszenvedett szövődményekre is (terhességi hipertónia, eklampszia, preeklampszia), mert az áldott állapot stresszének érrendszeri feldolgozási képessége az élet későbbi szakaszaiban is jellemzi a nőket. A magas vérnyomásban szenvedők szív- és érrendszeri rizikója a kor és a vérnyomás függvényében fokozódik. A 20. század végén közlésre került vizsgálatok eredményei egyértelműsítették, hogy a magas vérnyomás kezelése 40%-kal csökkenti a sztrók, 25%-kal a miokardiális infarktus és a 33%-kal a szívelégtelenség kialakulásának a valószínűségét. Érdekes megfigyelés, hogy a nők kardiovaszkuláris esélyei – mint ahogy a betegségüknek gyógyulási esélye is – gyakran elmaradnak a férfiakétól.

**Az aktuális ajánlások szerint (Európai Kardiológus Társaság, Magyar Hypertónia Társaság) nincs különbség a nők és férfiak magasvérnyomás-betegségének gyógyszeres kezelésében, kivételt képez a várandósság. Menopauza korú nőkben elsősorban RAAS-gátlás, Ca-antagonista és diuretikus bázisú terápia az ajánlott. Ezek mellé a béta-blokkoló kezelés gyakran felsorakozhat, ha kardiális előzmény is szerepel a beteg anamnézisében.**

A tudatos életvitel gyakorlásában irányt mutató tanácsoknak kiemelten jelentős szerepük lehet a menopauza korú nők magas vérnyomásának kezelésében, akár oki terápiként is alkalmazva, a fogyás, az ülő életmód helyetti rendszeres testmozgás és a sószegény étrend kialakításával. Meg kell jegyeznünk, hogy a nők hajlamosabbak a mellékhatásokat elszenvedni, mint a hasonló korú férfiak, így akár a RAAS-gátlás leggyakoribb terápiás eszközeként szereplő ACE-gátlók által kiváltott száraz köhögés, vagy a dihidropiridin típusú Ca-antagonisták adagolása mellett kialakuló bokavizenyő tekintetében is, ezért azok alkalmazásakor gondolnunk kell erre is. A célérték eléréséhez kombinált antihipertenzív gyógyszerelést, lehetőleg fix kombinációkat kell alkalmaznunk, a menopauza korú nőkben a kis dózisú diuretikum fontos tagja a kombinációnak.