

616.12-005.4-071.1:301.185

VÝZNAM RODINNÉ ANAMNÉZY PRO VYHLEDÁVÁNÍ RIZIKOVÝCH FAKTORŮ ISCHEMICKÉ CHOROBY SRDEČNÍ

Plk. MUDr. Josef STÁREK, pplk. MUDr. Miloslav MED

Oddělení klinických laboratoří vojenské nemocnice v Českých Budějovicích
(náčelník: plk. MUDr. J. Stárek)Oddělení pro nemoci vnitřní vojenské nemocnice v Českých Budějovicích
(náčelník: plk. MUDr. M. Plhák)

Ischemická choroba srdeční (ICHS) je multifaktoriální onemocnění. Všeobecně se uznává, že genetická zátěž je rizikovým faktorem II. řádu. Typ dědičnosti je pravděpodobně polygenní.

Není shoda v tom, jakým způsobem hodnotit údaje rodinné anamnézy (dále RA). Problematické je, zda anamnesticky rozlišovat různé formy ICHS, které vedly k smrti rodičů. Druhým sporným aspektem je věková hranice, po

kteřou započítáváme úmrtí na ICHS v rodině za rizikový faktor. Používané rozmezí je velmi široké — od 50 do 70 let věku. Čím nižší věková hranice se zvolí, tím vyšší výpovědní hodnotu má pozitivní údaj.

Rozhodli jsme se proto v rámci vyhledávání rizikových faktorů ICHS vyšetřit RA probandů a ověřit tak její význam pro další podobné akce.

Soubor vyšetřených a použité metody

Rodinnou anamnézu vyšetřovali terénní lékaři podle dotazníku (tab. 1). Kritickou hranici

Tab. 1

Přehled vyšetřovaných údajů rodinné anamnézy

Rodinná anamnéza	
Obezita	Cévní příhoda CNS
Dna	Diabetes mellitus
Onemocnění jater	Nádory
IM	Onemocnění žlučových cest a slinivky
Chronická ICHS	Ischemická choroba DK
Angina pectoris	Venózní insuficience
Arytmie	Hypertenze
Náhla smrt	Jiné

pro úmrtí na ICHS jsme zvolili ve výši 60 let pro obě pohlaví. Vyšetřeno bylo celkem 340 mužů — vojáků z povolání a 90 žen — občanských pracovníků vojenské správy. Anamnesticky byly zachycovány údaje o 3—4 generacích (rodiče probandů a jejich sourozenci, prarodiče probandů a jejich sourozenci, vlastní sourozenci probandů a děti probandů). Při hodnocení byly vzaty v úvahu jen údaje o rodičích a sourozencích probandů, pouze při výpočtu chí-kvadrát testu byla hodnocena jak užší, tak širší anamnéza. Podrobnější charakteristika souboru je uvedena v předchozí práci (str. 197).

Byla zjišťována frekvence jednotlivých onemocnění a bylo provedeno statistické zhodnocení vztahu údajů RA k některým rizikovým faktorům probandů. Bylo použito jednak chí-kvadrát testu (manuální výpočet na kapesním kalkulátoru), jednak t-testu (výpočet na počítači ADT 4316 výpočetního střediska ÚVN v Praze).

Výsledky

Frekvence chorob v RA je uvedena v tabulce 2. Nápadnější je pouze výskyt DM a hypertenze, ostatní choroby se vyskytovaly v průměrných proporcích.

Hodnocení vztahů údajů RA k některým rizikovým faktorům probandů odhalilo některé

Tab. 2

Frekvence údajů rodinné anamnézy u probandů (rodiče a sourozenci)

Infarkt myokardu do 60. roku věku	6,5 %
Náhla smrt do 60. roku věku	4,4 %
Cévní příhoda mozková do 60. roku věku	4,7 %
Cévní příhoda nad 60 let věku	19,8 %
ICHS celkem bez ohledu na věk	37,4 %
Diabetes mellitus	20,2 %
Ischemická choroba DK	7,7 %
Hypertenze	43,0 %
Obezita	39,0 %

zajímavé vztahy. Mezi údajem o ICHS u rodičů a sourozenců a mezi poruchou lipidového metabolismu (dále PLM) u probandů byl prokázán vztah blízký se statistické významnosti, při započtení generace prarodičů bylo dosaženo statistické významnosti. Podobně se rýsuje vztah mezi diabetem v RA a zjištěnou PLM u žen, stejně jako mezi hypertenzí v RA a mezi PLM u mužů. Vyhodnocení chí-kvadrát testem je uvedeno v tabulce 3. Při hodnocení t-testem byl znovu potvrzen vztah mezi ICHS v RA a mezi parametry lipidového metabolismu u probandů, probandi s obezitou v RA mají významně vyšší relativní tělesnou hmotnost. Vyšetřované osoby s diabetem v RA mají statisticky významně vyšší glykémii, probandi s hypertenzí v RA mají vyšší systolický TK v klidu i při psychické zátěži a kouří více cigaret. Výsledky zhodnocení t-testem jsou uvedeny v tabulce 4.

Rozprava

Při vzniku arteriosklerózy a ICHS se uplatňují jak dědičné, tak zevní vlivy. Mezi faktory s genetickým pozadím se počítá metabolismus, typ osobnosti, hypertenze, anatomie věnitých cév. Mezi zevní faktory se řadí výživa, nedostatek pohybu, stres, otylost, kouření a další. Predispozice se projevuje především u příbuzných první generace — u osob, které přestály srdeční infarkt, se vyskytuje 3krát častěji než v ostatním obyvatelstvu. Zvolíme-li věkovou hranici pro úmrtí na IM u rodičů 55 let, pak riziko IM u potomstva je již desetinásobné (1).

Podle švédské studie na 11 000 párech dvojčat byla sledována úmrtnost na ICHS — lepší shoda byla nalezena u monozygotních než u dizygotních dvojčat (15,8 % proti 8,0 %) u mužů. U ženských párů byla shoda stejná u monozygotních i dizygotních párů. Při rozdělení párů dvojčat do 2 věkových skupin vynikla shoda u mladších párů dvojčat (16,11 % proti 5,4 %). U párů dvojčat byla úmrtnost 2—3krát vyšší, než je očekávaná pro danou věkovou skupinu a pohlaví (3).

Tab. 3

Statistická významnost vztahu údajů rodinné anamnézy k výskytu poruch lipidového metabolismu u probandů (chí-kvadrát test)

Údaj rodinné anamnézy	Rodiče a sourozenci			Všichni příbuzní		
	Pohlaví	χ^2	p	Pohlaví	χ^2	p
Infarkt myokardu v RA	muži	1,431	NS	muži	1,003	NS
	ženy	0,194	NS	muži	0	NS
Chronická ICHS	muži	2,359	NS	muži	8,563	< 0,005
	ženy	0,074	NS	ženy	0,037	NS
Náhlá smrt	muži	0	NS	muži	0,103	NS
	ženy	0	NS	ženy	0	NS
Všechny formy ICHS	muži	2,630	NS	muži	4,613	< 0,05
	ženy	0,086	NS	ženy	0,186	NS
Diabetes mellitus	muži	0,468	NS			
	ženy	3,698	NS			
Hypertenze	muži	3,396	NS			
	ženy	0,402	NS			
Cévní příhoda mozková	muži	0,031	NS			
	ženy	0,660	NS			
Ischemická choroba DK	muži	0	NS			
	ženy	0	NS			

Poznámka: NS — statisticky nevýznamné

Familiární složka se pravděpodobně uplatňuje trojím mechanismem:

1. Dědičností sklonu k ICHS (svědčí pro ni kumulace onemocnění v některých rodinách a dále výsledky studií na dvojčatech).
2. Dědičností některých rizikových faktorů ICHS (hypertenze, poruchy lipidového metabolismu, diabetu, hyperurikemie).
3. Společnými rodinnými návyky (dietními zvyky, socioekonomickými faktory, celou životosprávou), [8].

Pozitivita RA u ICHS se v různých souborech obtížně srovnává vzhledem k nejednotnosti kritérií (věková hranice, okruh hodnocených příbuzných, hodnocení mortality nebo morbidity apod.). Převažuje nyní názor, že se má RA hodnotit u rodičů a vlastních sourozenců probandů při věkové hranici 60 let, z údajů RA jsou nejčastější IM nebo syndrom anginy pectoris do 60. roku věku, hypertenze a diabetes mellitus [8].

V našem souboru se pozitivní údaj o předčasném úmrtí na ICHS do 60 let vyskytl v 10,9 procentech, údaj o výskytu ICHS bez ohledu na

věk v 37,4 %. Reiniš a kol. ve své obsáhlé studii uvedli pozitivitu RA u zdravých 15,4 %, u nemocných 19,3 % [5]. Siegelová a kol. zaznamenali u pracovníků v lesním hospodářství 14–35 % výskytu ICHS v RA v závislosti na druhu profese [6]. V práci Kolesára a kol. byla genetická zátěž zjištěna u 15 % mužů ze souboru 2192 mužů bratislavské populace [4].

Cisárik a kol. upozornili na vztah mezi údajem o rizikovém faktoru ICHS v RA a mezi nálezem PLM zejména IV. typu. Vyšetřili 46 rodokmenů osob s PLM a 40 rodokmenů osob zdravých. Zjistili statisticky významný vztah mezi ICHS, IM, DM a arteriosklerózou DK v RA u osob s PLM ve srovnání s kontrolní skupinou [2].

V naší práci se nám podařilo částečně potvrdit nálezy Cisárika a kol. Při statistickém hodnocení byl prokázán významný vztah mezi ICHS v RA a mezi nálezem PLM u probandů. Vztah k PLM u probandů prokázán u IM, chronické ICHS a u ICHS bez ohledu na formu, dále u cerebrovaskulárních příhod. U DM a ischemické choroby DK v RA nebyl vztah k hodnotám lipidů statisticky významný.

Tab. 4

*Statistické zhodnocení vztahu rodinné anamnézy k některým rizikovým faktorům ICHS
(t-test)*

Údaj rodinné anamnézy	Rizikový faktor probandů	Hodnota t-testu	Statistická významnost
IM do 60. roku věku	vyšší diastol. TK vyšší hladina CH vyšší hladina TG	t = 2,30 t = 2,07 t = 2,41	p < 0,05 p < 0,05 p < 0,05
IM po 60. roku věku	vyšší index RTH vyšší hodnota LDL-CH	t = 2,80 t = 2,04	p < 0,01 p < 0,05
Náhlá smrt po 60. roku věku	vyšší hladina KM	t = 2,15	p < 0,05
Chronická ICHS	vyšší hodnota CH vyšší hodnota TG vyšší hodnota LDL-CH	t = 2,24 t = 1,98 t = 2,11	p < 0,05 p < 0,05 p < 0,05
Všechny formy ICHS	vyšší index RTH vyšší hladina CH vyšší hladina LDL-CH	t = 2,75 t = 2,52 t = 2,47	p < 0,01 p < 0,05 p < 0,05
CVP do 60. roku věku	vyšší hodnota TG	t = 2,44	p < 0,05
Hypertenze	vyšší spotřeba cigaret vyšší systolický TK vyšší systolický TK v Bourdonově testu	t = 2,38 t = 2,32 t = 2,23	p < 0,05 p < 0,05 p < 0,05
Obezita	vyšší index RTH	t = 3,40	p < 0,01
Diabetes mellitus	vyšší glykemie	t = 2,01	p < 0,05
Onemocnění žlučníku a žlučových cest	nižší hodnota TG	t = 2,07	p < 0,05

Vysvětlivky: index RTH — index relativní tělesné hmotnosti
CH — cholesterol
TG — triglyceridy

LDL-CH — cholesterol LDL
KM — kyselina močová
CVP — cerebrovaskulární příhoda

Ze získaných výsledků je možno uzavřít, že nejcennějším údajem RA ve vztahu k PLM u probandů je údaj o onemocnění ICHS nebo úmrtí na některou její formu. Vzhledem k tomu, že probandi většinou nevědí, zda příbuzní mají či nemají PLM, můžeme se orientovat podle údajů o výskytu ICHS u příbuzných. Domníváme se, že postačí údaje o rodičích a sourozencích, poněvadž podrobnější genealogická anamnéza v populačním screeningu ani není možná. U prokázaných těžších poruch lipidového metabolismu je naopak podrobné vyšetře-

ní rodinné anamnézy žádoucí, tak jak to ve svých pracích doporučuje Šobra [7].

Souhrn

V souboru 430 osob jsme našli údaj o výskytu ICHS do 60. roku věku příbuzných v 10,9 procentech a výskyt všech forem ICHS bez ohledu na věk příbuzných v 37,4 %. U osob s ICHS v RA byla statisticky významně častěji prokázána manifestní porucha lipidového metabolismu. Doporučuje se v populačním screeningu

ICHS vyšetřovat lipidové spektrum u všech osob, které mají v rodinné anamnéze ICHS.

Literatura

1. Brunecký, Z.: Genetický faktor v kardiologii. Vnitř. Lék., 26, 1980, č. 6, s. 610—619.
2. Cisárik, F. - Gavalec, M. - Hrbáčková, Z.: Rodinná zátěž u chorých s rodinnými hyperlipoproteinemi. Vnitř. Lék., 26, 1980, č. 5, s. 457—461.
3. Faire, U. - Friberg, L. - Lundeman, T.: Concordance for mortality with special reference to ischaemic heart disease. Prev. Med., 4, 1975, č. 4, s. 509—517.
4. Kolesár, J. aj.: Niektoré rizikové činitele ischemickej choroby srdca vo vzorke mužskej časti bratislavského obyvateľstva. Vnitř. Lék., 26, 1980, č. 12, s. 1150 až 1156.
5. Reiniš, Z. aj.: Epidemiologie ischemické choroby srdeční u zemědělské a průmyslové populace. Thomayerova sbírka, 9, 1977, č. 476.
6. Siegelová, J. aj.: Význam rizikových činitelů pro aterosklerózu, zejména pro ischemickou chorobu srdeční u pracovníků v lesním hospodářství. Vnitř. Lék., 28, 1982, č. 1, s. 23—27.
7. Šobra, J.: Možnosti racionálního vyhledávání pacientů s familiárními hyperlipoproteinemi. In: Sborník ze symposia Hyperlipoproteinemie, pořádaného pod záštitou Slovenské lékařské společnosti dne 4. 11. 1976 v Bratislavě. Mannheim, Boehringer Mannheim GmbH 1976, s. 73—104.
8. Widimský, J. - Víšek, V. aj.: Preventivní kardiologie. 1. vyd. Praha, Avicenum 1981. 394 s.

Klíčová slova: Rodinná anamnéza; Rizikové faktory ICHS; Vzájemný vztah.