

## **Obturacyjny Bezdech Podczas Snu w codziennej praktyce lekarza.**

Lek. Piotr Korczyński

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii SPCSK, ul. Banacha 1a w Warszawie

Chrapanie to objaw, z którym można się spotkać u 5%<sup>1</sup> do 70%<sup>2</sup> badanej populacji. Nie zawsze oznacza ono chorobę, niemniej częstość chrapania i głośność a co za tym idzie uciążliwość dla otoczenia koreluje dodatnio z wiekiem, płcią oraz częstością występowania zespołu chorobowego, który w Klinice Pneumonologii AM w Warszawie nosi nazwę Obturacyjnego Bezdechu Podczas Snu (OBPS).

OBPS to choroba, której początki diagnostyki i leczenia w Polsce datują się od końca lat osiemdziesiątych. Do tej pory na terenie kraju działa tylko kilka ośrodków, co w porównaniu z sąsiadującymi Niemcami liczącymi 80 mln. ludności i dysponującymi kilkuset laboratoriami snu, stawia nadal wiele wyzwań.

Lekarz pracujący na co dzień z chorymi zarówno w szpitalu jak i w poradni ambulatoryjnej z pewnością spotka się z pacjentem, u którego można podejrzewać zaburzenia oddychania w czasie snu. Według amerykańskich danych epidemiologicznych, najczęściej cytowanej pracy Young i wsp. z 1993 roku 2% kobiet i 4% mężczyzn w wieku od 30 do 60 roku życia choruje na OBPS. Według danych z rocznika statystycznego z 2001 choroba ta dotyczy w Polsce około 160 tys. kobiet i 313 tys. mężczyzn (ludność Polski stan na 31.12.2000<sup>3</sup>). Liczby te można porównać z ilością chorych na astmę oskrzelową, która jest powszechnie znana i leczona przez wszystkich lekarzy.

Typowy chory zgłaszający się do przychodni to otyły, głośno chrapiący mężczyzna w średnim wieku skarżący się na nadmierną senność w ciągu dnia. U takiej osoby można spodziewać się OBPS, który charakteryzuje się epizodami obturacji miękkich fragmentów górnych dróg oddechowych w czasie snu. Bezdech definiujemy jako przerwę w przepływie powietrza przez drogi oddechowe trwającą powyżej 10 sekund, z reguły zakończony jest

krótkotrwałym wybudzeniem się pacjenta ze snu, towarzyszy temu zaburzeniu spadek saturacji krwi od 2% do 4%<sup>4</sup>. Poza bezdechami występują również okresy spłyconego oddychania – hypopnoe, które definiujemy jako spadek amplitudy oddychania o co najmniej 30 do 50% trwający powyżej 10 sekund, zwykle towarzyszy jemu wybudzenie i spadek saturacji o co najmniej 2%. Zespół obturacyjnych bezdechów podczas snu definiujemy jako nadmierną senność w ciągu dnia i występowanie bezdechów i okresów spłyconego oddychania w czasie snu w ilości co najmniej 10 na godzinę snu. Tę wartość określa się jako wskaźnik bezdechów i okresów spłyconego oddychania (AHI) i jest to najważniejsza informacja umożliwiająca rozpoznanie choroby i określenie jej stopnia zaawansowania. U części chorych możemy spodziewać się kilkuset bezdechów w ciągu siedmiogodzinnego snu, tak częste wybudzenia nie pozwalają na wystąpienie fizjologicznego snu. Zjawisko to nazywane defragmentacją snu jest głównie odpowiedzialne z objawy dzienne choroby.

Tabela 1 Objawy OBPS

Noc	Dzień
- Chrapanie	- nadmierna senność
- bezdechy obserwowane przez osoby drugie	- zmęczenie
- nadmierna ruchliwość	- poranne bóle głowy
- nykturia	- problemy z koncentracją
- refluks żołądkowo przełykowy	- spadek libido i potencji
	- depresja
	- zmiany osobowości

Powodem, dla którego diagnozuje się i próbuje leczyć OBPS jest udowodnione zwiększone ryzyko zachorowań na powikłania sercowo naczyniowe<sup>5</sup> (zaburzenia rytmu serca,

nadciśnienie tętnicze, nadciśnienie płucne), nagłe zgony<sup>6</sup> oraz powikłania związane z nadmierną sennością. Dużym problemem społecznym są np. kierowcy z OBPS, którzy mogą być sprawcami kolizji drogowych<sup>7</sup>. Z tego powodu wprowadzono w USA zalecenie o dokładnym uświadomieniu chorego o jego schorzeniu i możliwych konsekwencjach niepodjęcia leczenia. Lekarze wydający zaświadczenia o zdolności do prowadzenia samochodu powinni szczególnie zwrócić uwagę na ten problem.

Diagnostyką chorych z OBPS jest to problem szczególnie złożony z powodu niewielkiej ilości stanowisk polisomnograficznych w Polsce. Chory trafiający do Kliniki Pneumonologii początkowo wypełnia ankietą z podstawowymi danymi antropometrycznymi, w kolejnym etapie u osób podejrzanych o OBPS wykonuje się badanie skriningowe, najchętniej wykonywane w warunkach domowych pacjenta. Takie badanie pozwala wyeliminować czynnik stresu oraz zmniejszyć koszty. W zależności od obrazu klinicznego, wieku oraz wyników badania kwalifikuje się chorego do badania polisomnograficznego (PSG), które nazywane jest „złotym standardem” w diagnostykę zaburzeń oddychania w czasie snu. Idea PSG jest znana od dawna, dopiero rozwój elektroniki pozwolił na rozpowszechnienie tej metody diagnostycznej. Najczęściej przyjmuje się graniczną wartość AHI równą 10, osoby z AHI powyżej 35 zaliczani są do grupy ciężko chorych, planowanej do szybkiej próby leczenia.

Leczenie chorych jest kilkuetapowe, pierwszym zleceniem jest redukcja masy ciała, z uwagi na częste choroby układu sercowo naczyniowego nie zaleca się podawania ośrodkowo działających leków anorektycznych. U części chorych wystarcza jedynie zmiana ułożenia ciała na leżenie na boku, można to próbować osiągnąć np. przez wszyście piłki tenisowej w plecy pidżamy. Najbardziej skuteczną metodą leczniczą jest aparat do wytwarzania dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych (CPAP). Słup powietrza, który powstaje w drogach oddechowych zapobiega zapadaniu się miękkich części gardła i podniebienia, to z

kolei nie pozwala na powstawanie bezdechów i chrapania. Po raz pierwszy CPAP został użyty w 1981 przez australijskiego lekarza Sullivana, od tego czasu stał się sposobem leczenia z wyboru dla wielu chorych. Zaletą aparatu jest prostota stosowania, niewielki koszt, wysoki compliance dochodzący do 60%, wysoka skuteczność kliniczna, wada jest oczywista, nie jest to urządzenie, które leczy a jedynie zapobiega objawom OBPS.

Aparat CPAP to nie jedyna możliwość leczenia chorych z OBPS, każdy z pacjentów powinien odbyć konsultację laryngologiczną, żeby wykluczyć morfologiczne zmiany w obrębie górnych dróg oddechowych predysponujące do powstawania bezdechów i chrapania. Możliwe do zastosowania operacje to septo i konchoplastyka nosa, tonsilektomia i najbardziej zaawansowana procedura - UPPP (uvulopalatopharyngoplastyka) o największej skuteczności leczenia<sup>8</sup>. Droga leczenia operacyjnego stwarza szansę wyleczenia około 30% chorych, co jest gorszym wynikiem w porównaniu z CPAP. Dużą jednak zaletą operacji jest to że stwarza szansę na pełne wyleczenie z zaburzeń oddychania a aparaty CPAP pozostają zawsze tylko protezą powietrzną. Dobór metody leczenia zależy nie tylko od lekarza, ale również od zaangażowania chorego w proces leczenia. Pacjent powinien zredukować masę ciała, próbować spać na boku, unikać spożywania alkoholu i leków nasennych. Coraz częściej stosowaną metodą, głównie u chorych z niskim wskaźnikiem bezdechów (AHI), są protezy ortodontyczne, zakładane na noc. Poprzez wzajemny układ protezy powodują wysunięcie żuchwy do przodu, warunkiem koniecznym do stosowania aparatu jest jednak posiadanie własnych zębów.

OBPS to choroba, która może towarzyszyć innym schorzeniom. Szczególną postacią jest współistnienie OBPS z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POCHP) nazywane zespołem nakładania<sup>9</sup>. Ze względu na częsty nałóg palenia tytoniu u około 10-20% chorych z OBPS współistnieje POCHP. Tak sytuacja w czasie snu jest szczególnie niebezpieczna dla chorego, gdyż do hipowentylacji pęcherzykowej dołączają zaburzenia oddychania związane z

obturatorcją górnych dróg oddechowych. Spadki saturacji krwi tętniczej nierzadko osiągają 40%, co stwarza znaczne ryzyko dla chorego. Częstym powikłaniem jest serce płucne i poliglobulia. W takich sytuacjach nierzadko wymagane jest leczenie tlenem i stosowanie zaawansowanych aparatów wspomagających oddychanie (BiPAP S/T).

Wydaje się, że wiedza o zaburzeniach oddychania w czasie snu powinna być powszechnie znana wszystkim lekarzom, gdyż stopień rozpowszechnienia choroby powoduje iż nie sposób nie spotkać chorego z OBPS w codziennej praktyce lekarskiej. Konieczne jest uważne przyglądanie się osobom ubiegającym się o prawo jazdy, pracownikom obsługującym duże urządzenia techniczne, dźwigi budowlane, koparki itd. Nadal brak jest jednego dobrego sposobu leczenia zaburzeń oddychania w czasie snu, wydaje się że przyszłość leczenia OBPS leży w rękach laryngologów i w nowych technikach operacyjnych.

Rysunek 1 Fragment badania polisomnograficznego (odcinek dwuminutowy)

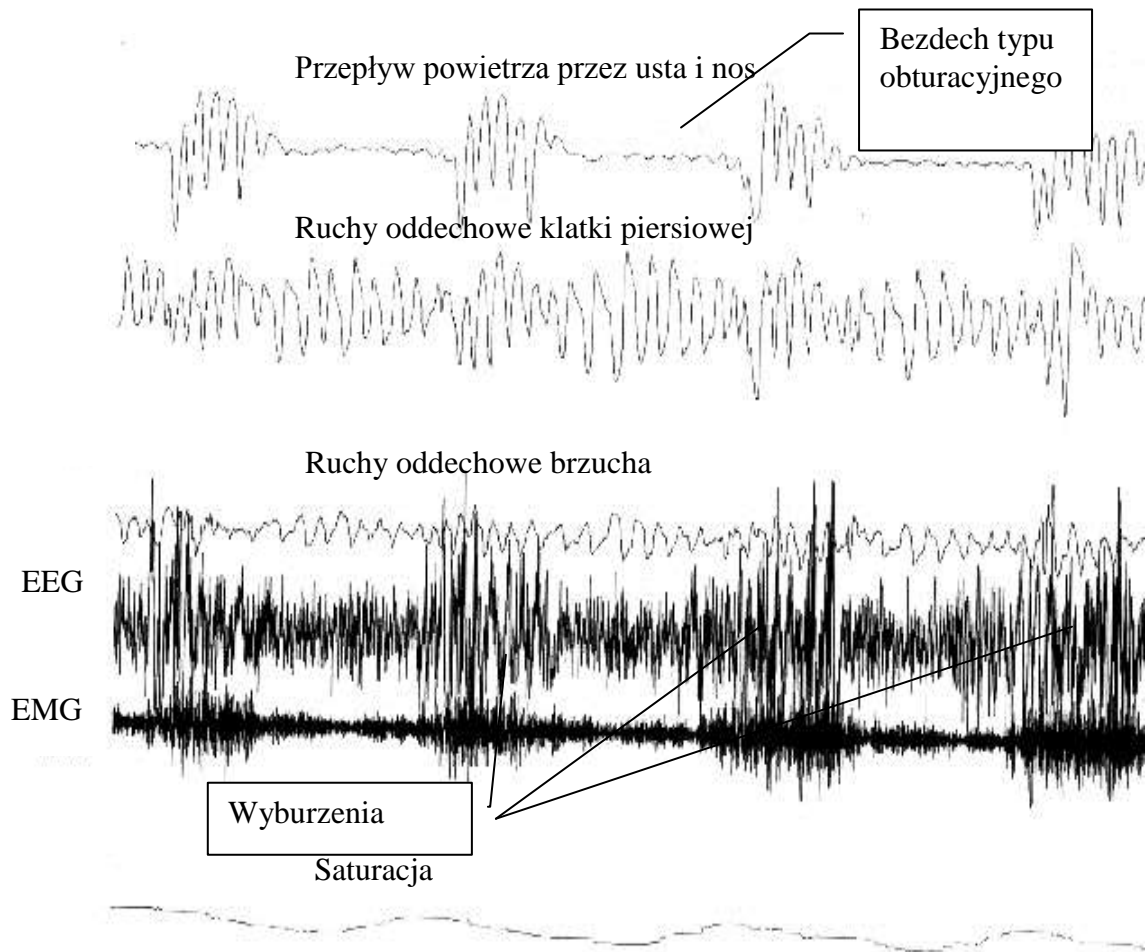


Tabela 2 Przykładowa ankieta z danymi antropometrycznymi i podstawowymi objawami chorych z OBPS stosowana w Klinice Pneumonologii.

IMIĘ I NAZWISKO .....  
 ADRES .....  
 TELEFON DOMOWY .....  
 WYKONYWANY ZAWÓD .....  
 WYKSZTAŁCENIE .....  
 WIEK ..... WAGA ..... WZROST .....

1. Czy chrapie Pan /Pani w czasie snu ?

KAŻDEJ NOCY	OKRESOWO	RZADKO	BARDZO RZADKO	NIGDY
-------------	----------	--------	---------------	-------

Od jak dawna ?

OD 1 ROKU	OD 2-3 LAT	OD 5 LAT	OD PONAD 6 LAT	OD MŁODOŚCI
-----------	------------	----------	----------------	-------------

2. Czy ktoś z rodziny zauważył, że w czasie snu u Pana /Pani pojawiają się przerwy w oddychaniu?

KAŻDEJ NOCY	OKRESOWO	RZADKO	BARDZO RZADKO	NIGDY
-------------	----------	--------	---------------	-------

3. Czy śpi Pan /Pani spokojnie?

TAK	NIE	NIE WIEM
-----	-----	----------

4. Czy wstaje Pan /Pani w nocy aby oddać mocz?

KAŻDEJ NOCY	OKRESOWO	RZADKO	BARDZO RZADKO	NIGDY
-------------	----------	--------	---------------	-------

Jeżeli tak to ile razy ? .....

5. Czy poci się Pan /Pani w czasie snu?

KAŻDEJ NOCY	OKRESOWO	RZADKO	BARDZO RZADKO	NIGDY
-------------	----------	--------	---------------	-------

6. Czy budzi się Pan /Pani w nocy?

KAŻDEJ NOCY	OKRESOWO CZESTO	RZADKO	BARDZO RZADKO	NIGDY
-------------	--------------------	--------	---------------	-------

7. Czy ran budzi się Pan /Pani niewyspany /a?

CODZIENNIE	OKRESOWO	RZADKO	BARDZO RZADKO	NIGDY
------------	----------	--------	---------------	-------

8. Czy miewa Pan /Pani bóle głowy po przebudzeniu?

CODZIENNIE	OKRESOWO	RZADKO	BARDZO RZADKO	NIGDY
------------	----------	--------	---------------	-------

9. Czy zasypia Pan /Pani wbrew własnej woli w czasie dnia?

CODZIENNIE	OKRESOWO	RZADKO	BARDZO RZADKO	NIGDY
------------	----------	--------	---------------	-------

10. Od jak dawna ?

OD 1 ROKU	OD 2-3 LAT	OD 5 LAT	OD PONAD 5 LAT
-----------	------------	----------	----------------

11. Czy zasypia Pan /Pani w czasie czytania gazety lub książki?

ZAWSZE	OKRESOWO	RZADKO	BARDZO RZADKO	NIGDY
--------	----------	--------	---------------	-------

12. Czy zasypia Pan /Pani w czasie oglądania telewizji?

ZAWSZE	OKRESOWO	RZADKO	BARDZO RZADKO	NIGDY
--------	----------	--------	---------------	-------

13. Czy odczuwa Pan /Pani senność w czasie prowadzenia samochodu?

ZAWSZE	OKRESOWO	RZADKO	BARDZO RZADKO	NIGDY
--------	----------	--------	---------------	-------

Czy zasnął /ęła Pan / Pani kiedyś za kierownicą? TAK NIE  
 kiedy po raz pierwszy? .....

15. Czy senność utrudnia Panu / Pani normalne funkcjonowanie w czasie dnia ? TAK NIE

16. Czy odczuwa Pan / Pani zaburzenia potencji? TAK NIE

17. Czy choruje Pan / Pani na:

- a. Nadciśnienie tętnicze? : TAK NIE  
 jeżeli tak, to od jak dawna i jakie leki Pan / Pani przyjmuje
- b. Chorobę wieńcową, przebyty zawał mięśnia serca? TAK NIE  
 jeżeli tak, to od jak dawna i jakie leki Pan / Pani przyjmuje
- c. Cukrzycę ? TAK NIE  
 jeżeli tak, to od jak dawna i jakie leki Pan / Pani przyjmuje
- d. Choroby układu oddechowego? TAK NIE  
 (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)?

18. Czy pali Pan / Pani papierosy? TAK NIE  
 jeżeli tak, to od jak dawna i ile sztuk dziennie .....

---

<sup>1</sup> Janson C, Gislason T, De Backer W, Plaschke P, Bjornsson E, Hetta J, Kristbjarnason H, Vermeire P, Boman G. Daytime sleepiness, snoring and gastro-oesophageal reflux amongst young adults in three European countries. *J Intern Med.* 1995 Mar;237(3):277-85.

<sup>2</sup> Norton PG, Dunn EV. Snoring as a risk factor for disease: an epidemiological survey. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1985 Sep 7;291(6496):630-2.

<sup>3</sup> *Rocznik demograficzny 2001*; 66-67

<sup>4</sup> American Academy of Sleep Medicine. Sleep related breathing disorders in adults: recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research. *Sleep.* 1999;22:667-689

<sup>5</sup> Bonsignore MR, Marrone O, Insalaco G, Bonsignore G. The cardiovascular effects of obstructive sleep apnoeas: analysis of pathogenic mechanisms. *Eur Respir J* 1994 Apr;7(4):786-805

<sup>6</sup> He J, Kryger MH, Zoricj FJ, et al. Mortality and apnea index in obstructive sleep apnea: experience in 385 male patients. *Chest.* 1988;94:9-14

<sup>7</sup> Przybylowski T, Korczynski P, Broczek K, Rzakiewicz E, Bielicki P, Zimnoch P, Droszcz W. Drivers with obstructive sleep apnea as potential authors of car accidents; *Pol Arch Med Wewn.* 1999 Aug;102(2):691-696.

<sup>8</sup> Sher AE, Schechtman KB, Piccirillo JF. The efficacy of surgical modifications of the upper airway in adults with obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep* 1996 Feb;19(2):156-77

<sup>9</sup> Flenley D.C.: *Respiratory Medicine*, Bailliere Tindall, London 1990; 350