

OBSTRUKCINĖ MIEGO APNĖJA. KAIP ATPAŽINTI?

Irina Liustrickytė

VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Pulmonologijos ir alergologijos centras

Ivadas. Duomenų apie obstrukcinę miego apnėją (OMA) XX amžiaus medicinos literatūroje galima rasti daug, tačiau ilgą laiką vyravo nuomonė, kad šis sindromas nėra dažnas, todėl nekėlė didelio susidomėjimo. Pastaraisiais dešimtmečiais, gerėjant diagnostikai, atsiradus epidemiologinių duomenų iš įvairių pasaulio šalių, paaiškėjo, kad OMAS bendrojoje populiacijoje labai dažnas.

Nustatyta, kad vidutinio sunkumo ir sunkios (apnėjų–hipopnėjų indeksas $\geq 15/\text{val.}$) OMA sindromu serga 10 proc. 30–49 metų vyrų, 17 proc. – 50–70 metų vyrų, 3 proc. – 30–49 metų moterų, 9 proc. – 50–70 metų moterų. Sergamumas tiesiogiai susijęs su amžiumi. 2016 m. Islandijoje atlikto tyrimo duomenimis, ištyrus beveik 500 savanorių, vidutinio sunkumo ir sunkus OMAS diagnozuotas 25 proc. 40–65 metų asmenų. Įdomu tai, jog dauguma jų neturėjo tipinių ligai būdingų simptomų.

Išaugus skaičiui ligonių, tiriamų dėl OMAS, susiduriama su diagnostinių resursų stygiumi, nes svarbiausias „auksiniu diagnostikos standartu“ laikomas OMAS patvirtinantis tyrimas polisomnografija (PSG) yra sudėtingas ir reikalaujantis daug finansinių bei žmogiškųjų išteklių. Siekiant pagreitinti laiką iki diagnozės nustatymo ir gydymo pradžios,

daugelis šalių pradėjo naudoti įvairius ligonių atrankos metodus: rizikos grupės ligoniai, klausimynai, ambulatoriniam tyrimui skirtos diagnostinės priemonės. Pagrindinis šio straipsnio tikslas – padėti atrinkti OMAS sergančius asmenis, juos siųsti PSG tyrimui.

Simptomai. Kaip bet kurios ligos atveju, pradedant svarstyti apie galimą diagnozę, didelę reikšmę turi ligonį varginantys simptomai. Miego apnėjai būdingi sutrikimai pateikiami 1 lentelėje. Žinoma, kad, esant minėtiems simptomams, OMAS galima tik įtarti, o ne patvirtinti diagnozę, nes šie požymiai yra nespecifiški.

Klausimynai. Sukurta keletas OMAS atrankos klausimynų. Naudojant klausimyną, siekiama atrinkti didelę MAS riziką turinčius ligonius. Praktikoje dažniausiai naudojama Epvorto (angl. Epworth) mieguistumo skalė, Berlyno ir STOP-BANG klausimynai.

Atliktų tyrimų duomenimis, Berlyno ir STOP-BANG klausimynai yra daug jautresni, lyginant su *Epvorto* mieguistumo skale. Nepaisant mažesnio jautrumo, šiuo metu dažniausiai naudojama būtent *Epworth* mieguistumo skalė (2 lentelė), nes turi didžiausią specifiškumą diagnozuojant OMAS (literatūros duomenimis, apie 70 proc.). Šį

1 lentelė. MAS būdingi simptomai

Simptomai dienos metu	Simptomai nakties metu
Mieguistumas	Knarkimas
Pablogėjusi dėmesio koncentracija	Artimųjų pastebėtos „kvėpavimo pauzės“ pacientui miegant
Atminties sutrikimas	„Smaugimo“, dusimo jausmas
Irzlumas	Dažni prabudimai, neramus miegas
Galvos skausmas ryte	Nikturija

klausimyną (kartu su klausimynu dėl OMAS) nuo 2016 m. Lietuvoje privalo užpildyti ir visi pacientai, besikreipiantys dėl sveikatos patikros (dėl didelės autoįvykių rizikos). Esant padidėjusiam mieguistumui (>10 balų), tikėtina, kad asmuo gali sirgti OMAS,

todėl turi būti siunčiamas išsamesniam tyrimui.

Būtina žinoti ir tai, kad, remiantis minėtais klausimynais, OMAS negali būti diagnozuojama dėl mažo jų specifškumo.

2 lentelė. Epvorto mieguistumo skalė

Situacija	Balai
Sėdint ir skaitant	
Žiūrint televiziją	
Ramiai sėdint viešoje vietoje (pvz., teatre arba susirinkime)	
Valandą laiko be pertraukos, keliaujant automobiliu keleivio vietoje	
Atsigulus pailsėti pietų metu	
Sėdint ir su kuo nors kalbant	
Ramiai sėdint, papietavus, nevartojus alkoholinių gėrimų	
Vairuojant automobilį, stabtelėjus kelioms minutėms spūsties metu	

Paaiškinimai: 0 = niekada nesnaudžiu; 1 = nedidelė galimybė užsnūsti; 2 = vidutinė galimybė užsnūsti; 3 = didelė galimybė užsnūsti. Maksimali suma – 24 balai. Padidėjęs mieguistumas >10 balų

Didelės rizikos grupės ligoniai. Manoma, kad net 40 proc. nutukusių asmenų, neskundžiančių miego sutrikimais, gali sirgti obstrukcine miego apnėja. Reikėtų įvertinti ligonių, kurių KMI >30 kg/m², mieguistumą, taip pat išmatuoti jų kaklo apimtį. OMAS tikimybė didėja, kai kaklo apimtis moterims >37 cm, vyrams >43 cm.

Didelei daliai ligonių, sergančių širdies nepakankamumu (ŠN), neretai diagnozuojamas ir miego apnėjos sindromas. Jiems gali pasireikšti tiek obstrukcinė, tiek centrinė miego apnėja. Nepaisant tipo, įrodyta, kad gydymas neinvazine plaučių ventilacija pagerina šių ligonių išgyvenamumą. Būtent dėl šios priežasties rekomenduojama aktyvi OMAS atranka ligonių, sergančių širdies nepakankamumu.

OMAS paplitimas tarp prieširdžių virpėjimu (PV) sergančių asmenų siekia 32–49 proc. Tyrimų duomenimis, ligoniams, kuriems dėl PV atlikta kateterinė radiodažnuminė abliacija,

daug didesnė pakartotinė ritmo sutrikimo tikimybė esant OMAS. Kartais šiems ligoniams OMAS vertinama net kaip kontraindikacija abliacijai. Esant būdingų simptomų, būtina nukreipti ligonius nuodugniai ištirti.

Viena dažniausių gydymui rezistentiškos hipertenzijos priežasčių – obstrukcinės miego apnėjos sindromas. Daugiau nei 70 proc. ligonių, kurių kraujospūdis išlieka aukštas, nepaisant skiriamo gydymo, serga OMAS. Pacientus, sergančius rezistentiška hipertenzija, tikslinga ištirti dėl miego apnėjos. Gydymas neinvazine plaučių ventilacija reikšmingai sumažina kraujospūdį, vartojamų vaistų poreikį.

Didelei rizikos grupei taip pat priskiriami asmenys, sergantys II tipo CD. Neretai esant OMAS, būna žymiai blogesnė glikemijos kontrolė. Nors specifinių rekomendacijų tirti CD sergančius ligonius dėl miego apnėjos nėra, būtina pagalvoti apie šią ligą esant būdingų simptomų.

Tikslinga dėl OMAS ištirti ir ligonius, kuriems planuojama atlikti bariatrinę operaciją. Kai kurių tyrimų duomenimis, OMAS serga net iki 94 proc. bariatrinei operacijai ruošiamų ligonių. Įrodyta, kad OMAS susijusi su žymiai padidėjusiu mirštamumu po bariatrinių operacijų, nepaisant to, net 38 proc. atvejų ligoniai operuojami neištyrus dėl miego apnėjos ir tinkamai jų neparuošus.

Ambulatorinės tyrimo priemonės. Viena paprasčiausių, dažniausiai ambulatoriniam tyrimui skirtų priemonių – naktinė pulsoksimetrija. Žmogui miegant, registruojama saturacijos kreivė. Desaturacijų (≥ 4 proc.) skaičius dalijamas iš registravimo laiko, apskaičiuojamas įvykių skaičius per valandą (ODI – deguonies desaturacijos indeksas). Šio tyrimo jautrumas diagnozuojant MAS įvairių tyrimų duomenimis, siekia 82 proc., specifiskumas – 76 proc. Remiantis vien ODI, galima tiek klaidingai teigiamų, tiek klaidingai neigiamų rezultatų tikimybė, todėl naktinės pulsoksimetrijos tyrimas gali būti naudojamas atrankai, tačiau ne diagnozei patvirtinti.

Kai kuriose pasaulio šalyse OMAS patvirtinti naudojama ambulatorinė poligrafija (PG). Šio tyrimo metu registruojama ne tik saturacija, bet ir oro tėkmė, kvėpavimo pastangos, o to pakanka OMAS diagnozei nustatyti. Finansiniu aspektu, poligrafija gali sumažinti tyrimo kaštus maždaug 50 proc. Pagrindinė problema ta, jog šio tyrimo jautrumas ir specifiskumas, įvairių tyrimų duomenimis, skiriasi dėl tyrimų dizaino, metodologijos, terminų skirtumų. Šiuo metu ambulatorinė poligrafija OMAS diagnozei patvirtinti rekomenduojama tik nesant galimybių atlikti polisomnografijos, sunkių gretutinių ligų neturintiems pacientams.

Apibendrinimas. Obstrukcinės miego apnėjos sindromo gydymas pagerina ligonių baigtis. Siekiant prailginti išgyvenamumą, svarbu mokėti atpažinti ligos simptomus, žinoti didžiausią OMAS riziką turinčius ligonius, laiku siųsti nuodugniam tyrimui.

Literatūra

1. Punjabi NM. The Epidemiology of Adult Obstructive Sleep Apnea. *Proc Am Thorac Soc* 2008; 5(2): 136–143.
2. Barbe F, Pepin JL. Obstructive sleep apnea. *European Respiratory Society*, 2015.
3. Arnardottir ES, Bjornsdottir E et al. Obstructive sleep apnoea in the general population: highly prevalent but minimal symptoms. *Eur Respir J*. 2016; 47(1): 194–202.
4. <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-obstructive-sleep-apnea-in-adults>
5. Abrishami A, Khajehdehi A et al. A systematic review of screening questionnaires for obstructive sleep apnea. *Can J Anaesth*. 2010; 57(5): 423–438.
6. Lloberes P, Sampol G et al. Influence of setting on unattended respiratory monitoring in the sleep apnea syndrome. *Eur Respir J* 2001; 18: 530–534.
7. Flemons WW, Litner Mr et al. Home diagnosis of sleep apnea: a systematic review of the literature. *Chest* 2003; 124: 1543–1597.