

**Az obstruktív alvási apnoe tünetei és a családorvos szerepe
a betegség diagnosztizálásában és kezelésében**

Várkonyi Erika

2010

Az obstruktív alvási apnoe szindróma (OSAS) jelenségében a felső légutak ismétlődően, részlegesen vagy teljesen elzáródnak alvás közben (Véber, Dunai, Novák és Mucsi, 2010). Ennek következménye lehet a légzés teljes leállása vagy részleges csökkenése. Obstruktív alvási apnoe gyanúja merül fel horkolás és túlzott nappali aluszékonyság esetén. Tünete a hangos horkolás, a légzéskimaradás, nyugtalan alvás, éjszakai izzadás. A számos mikroébredés miatt az alvás felszínessé válik, ezért a beteg nem képes magát kipihenni. Torzsa, Kalabay, Ádám, Novák és Mucsi (2010) ismertetése szerint ez a fajta alvászavar súlyos szövődeményekkel járhat, ami nagymértékben rontja a betegek életminőségét, és korábbi elhalálozáshoz vezethet. Az egyéni egészségkockázaton túl jelentős társadalmi és gazdasági összefüggései vannak a betegségnek (Torzsa, Novák, Mucsi, Ádám és Kalabay 2008). A szövődemények típusai közé tartoznak a szív- és érrendszeri, a tüdő működését befolyásoló tényezők, valamint neurológiai és más szövődemények (Lam, Sharma, és Lam, 2010). A több országra kiterjedő felmérések szerint a felnőtt férfiak 3-7 %-a és a felnőtt nők 2-5 %-a szenved alvási zavarokkal összefüggő légzési problémákkal (Torzsa et al., 2010). A beteg általános állapota miatt jelentős hangsúlyt kap a családorvos szerepe, aki segíthet a betegség diagnosztizálásában, valamint a gondozási alapellátásban részt vesz.

Torzsa et al. (2010) munkája nyomán az OSAS-sal diagnosztizált betegek körében kétszer gyakoribb a magas vérnyomás, és háromszor gyakoribb a szívmeghalt, mint az átlag népességben. Ennek oka az, hogy az alvás ideje alatt is folyamatos kapcsolatban állnak egymással a szív- és érrendszer, a légzőrendszer és a vegetatív idegrendszer. A különböző vizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy egyértelmű összefüggés található az OSAS súlyossága és a vérnyomásértékek között. Mindez fokozottabban igaz, ha a betegnél elhízás látható a hasi tájékon. Ebben az esetben elmarad az éjszakai vérnyomáscsökkenés, ami rossz kihatással van a szív működésére. Jelentősen nő a szív- és érrendszeri halálozás, a szívinfarktus, az éjszakai hirtelen szívhalál kockázata, a szívritmuszavar. Bizonyított a szívelégtelenségre ható befolyása is, ami funkciózavarban jelenik meg. Egy magyar vizsgálat eredményeiben bizonyítottá vált, hogy a légzés kieséssel járó hangos horkolás növeli a szív- és érrendszeri megbetegedések kockázatát.

A légzéskimaradás súlyossága szoros kapcsolatot mutat az alsó légúti szűkülettel járó tüdőbetegségekkel és az elhízás mértékével. A halálozási arány erős kapcsolatot mutat az OSAS és az elhízás, illetve tüdőbetegség között (Torzsa et al., 2010).

Ugyancsak Torzsa et al. (2010) mutattak rá, hogy az OSAS-ban diagnosztizált betegek vércukorszintje attól függetlenül emelkedett, hogy nem voltak elhízottak. Kezelés hatására a

vércukorszint csökkent. Mint arra Véber et al. (2010) tanulmányukban rámutatnak, az ötven év feletti cukorbeteg 86 %-a szenved metabolikus szindrómában. A metabolikus szindróma és az alvási apnoe között szoros kapcsolatot igazoltak a vizsgálatok. Ezek szerint az inzulinrezisztencia és más értékek illetve a kóros nappali álmoság korrelál az alvási apnoe súlyosságával. A kezelés elsődleges eszköze az életmódváltás.

Sahlin et al. (2008) tanulmányukban bemutatták, hogy a stroke-betegeknél gyakrabban találtak OSAS-sal, de nem tudták megmondani azt, hogy az OSAS diagnosztizálása önmagában nagyobb rizikófaktort jelent-e a halálozásban. Torzsa et al. (2010) szerint több adat is alátámasztja azt a feltevést, hogy az OSAS a stroke önálló kockázati tényezőjeként fogható fel. Különösen az alvás közben bekövetkező stroke oka lehet az OSAS. Mindezt alátámasztja az, hogy kezelt OSAS-betegeknél csökken a stroke, mint mortalitási faktor, esélye.

Az éjszakai gyakori légzésleállítás (apnoe) mikroébredéseket okoz (Torzsa et al., 2010). Ennek következménye a kognitív funkciók zavara, ami a gondolkodás, észlelés, memória, kommunikáció, információ feldolgozása, szervezőképesség és a nem megfelelő viselkedés gátlásában okoz nem megfelelő működést. Pierobon, Giardini, Fanfulla, Callegari és Majani (2008) vizsgálatában pszichológiai és neuropszichológiai tesztbatteria segítségével vizsgáltak túlsúlyos OSAS betegeket. Az eredmények szerint több, mint 30 %-nál mutattak ki legalább egy kognitív funkció zavart. A beteg zavarttá válik, szorongással küzd. Fokozottá válik a nappali aluszékonyság.

Egyes esetekben a vizsgálatok eredményei arra mutattak rá, hogy a depresszió is fokozódik OSAS-ban diagnosztizált betegeknél. Több esetben az MMPI teszt eredményei is rosszabb értékeket mutattak a kontroll csoporthoz képest (Torzsa et al., 2010).

A reflux-betegség kockázata megnőtt OSAS betegek esetében. Az elhízás mindkét betegség kockázati tényezőjét növeli (Torzsa et al., 2010).

Különösen veszélyes az OSAS-ban diagnosztizált betegek részvétele a közlekedésben (Torzsa et al., 2010). Az éjszakai nem pihentető alvás következtében fellépő nappali aluszékonyság miatt nehéz a koncentráció a munkahelyen, feladatvégzés közben és akár gépkocsi vezetése közben is. Emiatt növekszik a balesetek bekövetkeztének aránya, amit a vizsgálatok igazoltak. A közlekedési balesetek 5 %-a elalvás miatt következik be. Egy vizsgálat szerint a súlyos következményekkel járó elalvások okozta baleseteket okozó gépkocsivezetőknél 31 %-ban OSAS állt a baleset hátterében.

Torzsa et al. (2010) szerint az elmondott negatív hatások miatt – kognitív károsodás, egészségügyi szövődmények, pszichés zavarok – a beteg általános életminősége romlik. A

legnagyobb eltérést a vitalitás, erőnlét, mentális egészség területén mutatható ki. Mindez kihat a beteg általános egészségképére, energikusságára, emocionális életére. Ezeket a jellemzőket kiegészíti a beteggel együtt élő partner rossz közérzete, aki a hálótárs horkolása miatt nem tud pihentetően aludni. Ennek következményeként ő is depresszióssá válhat.

Mint arra Torzsa (2009) rámutatott, a családorvosok gyakran nem ismerik fel az alvási apnoet. Már a megelőző tanulmányok is felvetették annak szükségét, hogy a családorvosok megfelelő továbbképzésben vegyenek részt az egyébként nagy jelentőségű OSAS kiszűrését lehetővé téve. A szerző kutatása szerint a magyar családorvosok hiányos ismeretekkel rendelkeznek az alvási apnoeről, különösen igaz ez a férfi orvosokra. A fiatalabb korosztályú orvosok már több információval rendelkeznek, mint az idősebb családorvosok. A fővárosi és a szakvizsgával rendelkező családorvosok több ismerettel bírnak. Torzsa et al. (2010) véleménye szerint a családorvos szerepe az OSAS diagnosztizálást elősegítő előzetes szűrésben jelenik meg. Minden vizsgálatnak ki kell terjednie az alvási szokások feltérképezésére, az alvással kapcsolatos panaszokra, horkolásra, nappali aluszékonyság esetleges meglétére. A kiemelkedő tünetek alapján a Berlin-kérdőív segítségével a családorvos kevés erőfeszítéssel azonosíthatja a potenciális beteget (Torzsa et al., 2008). Amennyiben a beteg olyan munkát végez, amivel más személyt veszélyeztethet, már a horkolás megléte is elegendő indok lehet polyszomnográfias vizsgálat lefolytatására. További felelőssége a családorvosnak, hogy OSAS gyanúja esetén a beteget továbbküldje megfelelő szakrendelésre. Olyan betegségek esetén, amelyek együtt járhatnak az OSAS jelenlétével, fontos a megelőzés kérdése az egyik betegség fennállása esetén, hogy megelőzze a másik kialakulását (Véber et al., 2010). Amint arra Torzsa et al. (2010) rámutatott, a diagnosztizált OSAS betegség esetén a családorvos további szerepet kap a kezelésben, a beteg időszakos kontrolljában. Mindennek az alvásközpontok bevonásával kell megtörténnie, ahol megfelelő vizsgálatokat tudnak lefolytatni. A családorvosok felelőssége, hogy a diagnosztizálás folyamatába bevonja az alvási diagnosztikai laboratóriumokat. A tapasztalatok szerint az alapellátás és a laboratóriumok együttműködése vezet a legeredményesebb kezeléshez. A terápia kiválasztásában is jelentős a családorvosok szerepe, akik alapvetően jobban ismerik az ellátásukba tartozó beteget. A legtriviálisabb kezelési eljárás az életmód megváltoztatása, a testsúly csökkentése, az alváshigiénés szempontok betartása, amit a családorvosok kitűnően tudnak kontrollálni folyamatos gondozással. Külön figyelmet kíván a családorvos részéről, hogy az egyéb betegségek kezelésében ne alkalmazzon olyan gyógyszereket, amik rontják az OSAS állapotát.

Felhasznált irodalom

- Lam, J.C. M., Sharma, S. K., Lam, B. (2010 Feb). Obstructive sleep apnoe: Definitions, epidemiology and natural history. *The Indian Journal of Medical Research*, 131:165-170. Review
- Pierobon, A., Giardini, A., Fanfulla F., Callegari, S., Majani, G. (2008 Dec). A multidimensional assessment of obese patients with obstructive sleep apnoea syndrome (OSAS): A study of psychological, neuropsychological and clinical relationships in a disabling multifaceted disease. *Sleep Medicine*, 9(8):882-9.
- Sahlin, C., Sandberg, O., Gustafson, Y., Bucht, G., Carlberg, íb., Stenlund, H., Franklin, K. A. (2008 Feb). Obstructive sleep apnea is a risk factor for death in patients with stroke: a 10-year follow-up. *Archives of Internal Medicine*, 168(3):297-301.
- Torzsa P. (2009). Az obstruktív alvási apnoe és a horkolás epidemiológiája és klinikai jelentősége a családorvosi gyakorlatban. PhD-értekezés. *SOTE, Budapest*
- Torzsa P., Novák M. , Mucsi I., Ádám Á., Kalabay L. (2008 Nov). A családorvos szerepe az obstruktív alvási apnoe szűrésében, felismerésében. *Orvosi Hetilap*, 149. évfolyam 48. szám, 2283-2290.
- Torzsa P., Kalabay L., Ádám Á., Novák M., Mucsi I. (2010 Okt). Az obstruktív alvási apnoe klinikai jelentősége, a családorvos szerepe a betegek kezelésében, valamint gondozásában. *Orvosi Hetilap*, 151. évfolyam 42. szám, 1725-1733.
- Véber O. Á., Dunai A., Novák M., Mucsi I. (2010 Jan). A diabetes mellitus és az alvászavarok kapcsolata – fókuszban az obstruktív alvási apnoe. *Orvosi Hetilap*, 151. évfolyam 1. szám, 8-16.