

## STROKOVNI ČLANKI

### Obstruktivna apneja v spanju pri bolnikih z možgansko kapjo

izr. prof. dr. Leja Dolenc Grošelj, dr. med.

#### Uvod

Možganska kap je pomemben vzrok umrljivosti in invalidnosti pri odraslih. Najučinkovitejši ukrep za zmanjševanje incidence možganske kapi sta primarna in sekundarna preventiva, zato sta prepoznavanje in zdravljenje dejavnikov tveganja, na katere lahko vplivamo, še posebej pomembna. Poleg splošno znanih dejavnikov tveganja, kot so hipertenzija, sladkorna bolezen, bolezen srca, kajenje in hiperholesterolemija, se pojavlja kot pomemben, a velikokrat neprepoznan dejavnik tveganja tudi obstruktivna spalna apneja (OSA). OSA je pogost sindrom, za katerega so značilni ponavljajoči se premori dihanja med spanjem, ki povzročajo padce saturacije s kisikom, ta pa vodi do številnih posledic. Prevalenca OSA v populaciji je od 2 to 14 %, pri bolnikih po ishemični možganski kapi (IMK) pa je prevalenca celo okrog 50 %. Dejavniki tveganja za nastanek OSA in IMK se prepletajo. Glavna dejavnika tveganja za nastanek OSA sta debelost in prirojena konstitucija, ogroženost pa narašča tudi s starostjo. Dolgoročne posledice OSA so arterijska hipertenzija, srčno popuščanje, aritmije, hiperkoagulabilnost krvi in miokardni infarkt. Vse to so seveda istočasno tudi dejavniki tveganja za IMK. Neposreden mehanizem nastanka IMK pri bolniku z OSA je lahko kardioemboličen, trombemboličen ali pa je posledica bolezni malih žil. Zaradi prepletanja patofizioloških mehanizmov ter učinkovitega načina zdravljenja je prepoznavanje OSA pomemben del primarne in sekundarne preventive IMK.

#### Klinična slika obstruktivne apneje med spanjem

Bolnik sam se redko zaveda, da ima težave z dihanjem. OSA prepoznajo svojci po smrčanju in premorih dihanja, bolnik sam pa se zaveda le težav zaradi čezmerne zaspanosti in utrujenosti. Poglavitni nočni simptomi oziroma znaki so glasno smrčanje, dušenje in hlastanje za zrakom, prenehanje dihanja ter nenormalna motorična aktivnost. Ponavljajoče se epizode zapore zgornjih dihalnih poti so povezane z znižanjem zasičenosti arterijske krvi s kisikom in se končajo z naglim prebujanjem iz spanja. Rezultat tega je razdrobljenost spanca in kronična čezmerna dnevna zaspanost, ki se kaže z nehotenimi epizodami spanja v pasivnih situacijah, lahko pa celo med aktivnostjo.

OSA povzroča spremenjen ritem spanja in s tem povezane kognitivne motnje, zmanjšano kvaliteto življenja ter nesreče v prometu. Ko že omenjeno, imajo bolniki lahko številne kardiovaskularne zaplete, kamor štejemo arterijsko hipertenzijo, kongestivno srčno odpoved, koronarno bolezen, aritmije, pljučno hipertenzijo, pa tudi možgansko kap.

#### Diagnostika

Ogroženost bolnika za potencialno OSA ocenjujemo običajno na podlagi presejalne Epworthove lestvice zaspanosti (**Tabela 1**). Gre za subjektivno oceno čezmerne dnevne zaspanosti, ki jo bolniki podajo sami za zadnjih šest mesecev. Bolnik ima v anketi naštetih 8 običajnih situacij, za katere mora oceniti, kolikšna je verjetnost, da bi v dani situaciji zadremal. Vprašanja in točkovanje odgovorov so standardizirana, kar omogoča dobro primerjavo rezultatov.

**Tabela 1:** Epworthova lestvica zaspanosti

SITUACIJA		Ocena: 0 - nikoli, 1- majhna verjetnost, 2 - zmerna verjetnost, 3 - velika verjetnost			
1.	Med branjem sede	0	1	2	3
2.	Med gledanjem televizije	0	1	2	3
3.	Med sedenjem na javnem mestu (sestane, gledališče)	0	1	2	3
4.	Kot sopotnik med eno uro vožnjo brez postanka	0	1	2	3
5.	Med popoldanskim počitkom leže	0	1	2	3
6.	Sede med pogovorom s sogovornikom	0	1	2	3
7.	Sede po obroku (kosilo), brez alkohola	0	1	2	3
8.	Kot voznik v vozilu, ki se zaradi gneče za trenutek ustavi	0	1	2	3

*Ocena ogroženosti glede na Epworthovo lestvico: <10: zelo nizka (normalna); 10–15: nizka (zaspan); 15–20: zmerna (zelo zaspan); >20: visoka (ogrožen)*

Dokončna diagnoza OSA pa temelji na klasični nočni polisomnografiji (PSG) ali poligrafiji (PG), ki omogočata identifikacijo in klasifikacijo apnej in hipopnej ter potrditev diagnoze, hkrati pa tudi dokumentacijo resnosti OSA, hipoksemije in razdrobljenosti spanja.

### **Diferencialna diagnoza motenj dihanja pri bolniku z IMK**

Motnje dihanja so prisotne pri več kot 50 % bolnikov po IMK in pri tem so najpogostejše prav apneje v spanju. Poleg OSA se lahko pojavlja tudi centralna spalna apneja (CSA). CSA se pogosteje pojavi v akutni fazi možganske kapi, pri bolnikih s srčnim popuščanjem in pri bolnikih z lezijo v poteku poti centralnega avtonomnega živčevja. Najpogosteje pride do CSA pri bolnikih z možgansko kapjo v možganskem deblu – predvsem z IMK v podaljšani hrbtenjači.

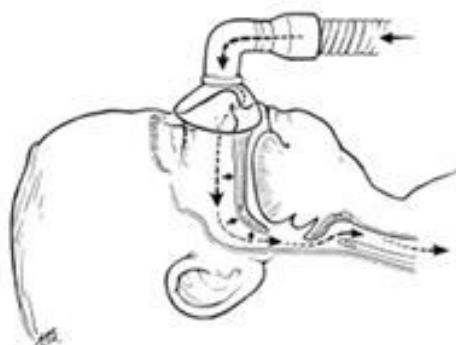
Diferencialna diagnoza OSA je precej široka in obsega še kronično pomanjkanje spanja, slabo higieno spanja, jemanje zdravil ali drugih substanc. Treba je izključiti težave z dihanjem zaradi pljučnih bolezni, popuščanja srca, motnje delovanja ščitnice, bolniki pa imajo lahko tudi primarne motnje spanja. Pogosto gre tudi za komorbidnosti. Postavitev diagnoze mora postaviti specialist somnolog.

### **Zdravljenje OSA**

Odkrivanje in zdravljenje OSA sodi v sekundarno preventivo IMK in je lahko zelo uspešno. V sekundarni preventivi IMK pri bolniku z OSA podobno kot pri drugih bolnikih svetujemo zdravljenje arterijske hipertenzije. To seveda velja šele po akutni fazi IMK. Ciljni tlak naj bo <130/85 mmHg. Poleg tega priporočamo spremljanje in zdravljenje sladkorne bolezni. Pri vseh bolnikih po nekardioembolični IMK priporočamo uvedbo statina ne glede na vrednosti holesterola v krvi. Kontraindicirano je hormonsko nadomestno zdravljenje. Morda so še bolj kot pri preostali populaciji pomembni zdrav način življenja; prenehanje kajenja in pitja čezmernih količin alkohola, zdrav način prehranjevanja ter redna vadba. S tem v zvezi se zniža telesna teža in to je eden od ukrepov za zdravljenje OSA.

Klasični način zdravljenja OSA je uporaba nočne neinvazivne ventilacije. Bolniki nosijo ponoči masko in dihajo zrak pod povišanim tlakom, kar premaga obstrukcijske ovire, ki sicer preprečujejo normalen vdih (**Slika 1**). Tlak v maski in posledično v dihalih je povišan med vdihom in izdihom, od koder prihaja tudi ime metode: continuous positive airway pressure (CPAP). Bolniki se morajo na zdravljenje CPAP navaditi. Če CPAP redno uporabljajo, se bolje naspijo, izboljša se počutje. Še pomembnejši pa so dolgoročni vplivi: znižanje krvnega tlaka, znižanje koncentracije pokazateljev vnetja in izboljšanje sistemske endotelijske funkcije. Pri zdravljenih bolnikih se znižata mortaliteta in morbiditeta.

**Slika 1.** Bolnik z obstruktivno nočno apnejo med spanjem uporablja napravo za vzdrževanje stalnega pozitivnega pritiska v dihalnih poteh, ki razmakne oviro v zgornjih dihalih.



## Zaključek

OSA je pomemben, a velikokrat neprepoznan dejavnik tveganja za možgansko kap. Prevalenca OSA v populaciji je od 2 to 14 %, pri bolnikih po IMK pa celo okrog 50 %. Za OSA so značilni ponavljajoči se premori dihanja med spanjem, ki povzročajo padce saturacije s kisikom, ta pa vodi do številnih posledic. OSA običajno prepoznajo svojci po smrčanju in premorih dihanja med spanjem, bolnik sam pa se zaveda le težav zaradi čezmerne zaspanosti in utrujenosti čez dan. Ogroženost bolnika za potencialno OSA ocenjujemo običajno na podlagi presejalne Epworthove lestvice zaspanosti, za postavitev diagnoze pa je potrebna poligrafija ali klasična nočna polisomnografija. Zdravljenje OSA sodi v sekundarno preventivo IMK in je lahko zelo uspešno. Klasični način zdravljenja OSA je uporaba nočne neinvazivne ventilacije, ki ob redni uporabi občutno zniža pojavnost ponovne IMK in mortaliteto.