

Vědecké poznatky o důležitosti kvalitního (dostatečně dlouhého a osvěžujícího) spánku vzhledem k našemu zdraví a kvalitě života dosáhly takové úrovně, že kvalitní spánek je nezpochybnitelně považován za jednu ze základních podmínek ke zdravému životu. K pocitu dobrého vyspání potřebujeme kromě vhodných podmínek ke spánku i optimální zastoupení a střídání jednotlivých spánkových stádií NREM a REM spánku při dostatečné délce spánku. Současné studie dokazují, že spánek kratší než 7 a delší než 8–9 hodin významně ovlivňuje zdravotní stav a souvisí s vyšší morbiditou i mortalitou (1). Obstrukční spánková apnoe (OSA) se řadí, ohledně výskytu i zdravotních důsledků, mezi nejvýznamnější poruchy spánku a bdění. Svým charakterem výrazně ovlivňuje morbiditu i mortalitu.

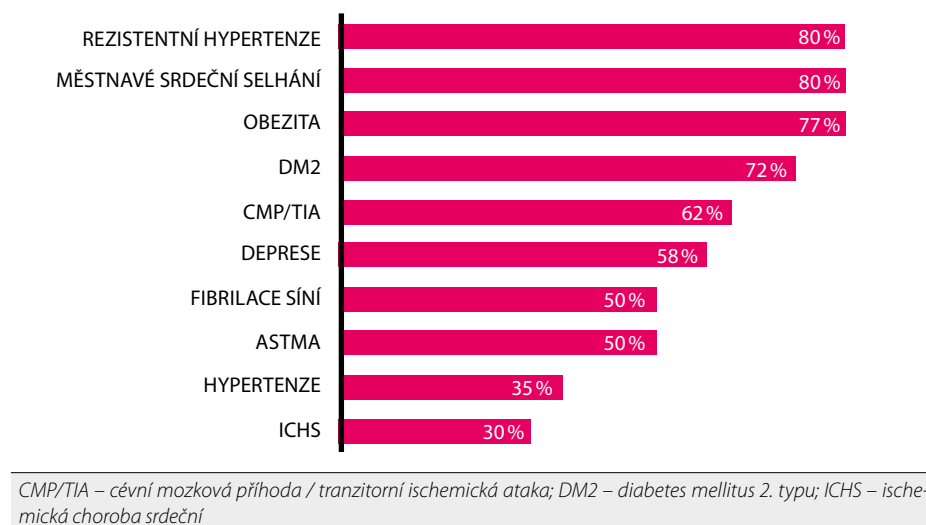
OSA je chronické onemocnění projevující se hlasitým chrápáním a pauzami bezdeší (apnoe), které jsou referované spíše ložnicovým partnerem. Noční spánek je udáván jako nekvalitní s několika probuzeními spojenými často s mikcí (nykturie). Ráno po probuzení je hlavním steskem neodpočatost, někdy sucho v ústech, bolesti hlavy. Přes den jsou udávány častá poklímávání v klidných situacích až nadměrná denní spavost (EDS), poruchy nálady, horší výkonnost a koncentrace spolu se zhoršenou pamětí. Obecně lze denní příznaky shrnout pod pojmem nižší kvalita života. Dlouhodobé působení fragmentovaného spánku může vést až k psychickým a kognitivním poruchám (2). Pacienti s OSA referují i nespavost, která se může vyskytovat též jako komorbidní onemocnění (comorbid insomnia and sleep apnea, COMISA) (3).

Oficiální název jednotky je podle mezinárodní klasifikace poruch spánku (ICSD-3 TR) OSA, souběžně se užívá více alternativních názvů – syndrom obstrukční spánkové apnoe / hypopnoe (OSAS/OSAHS), syndrom spánkové apnoe, spánková apnoe, obstrukční apnoe, porucha dýchání ve spánku (4). OSA je dle uvedené klasifikace definována hlavně počtem respiračních událostí za hodinu spánku/měření (apnoe-hypopnoe index, AHI), tedy patologickými změnami dýchání (Tab. 1). Termín OSAS /OSAHS se užívá pro označení stavu, kdy dominují denní stesky vyplývající z noční patologie (fragmentovaného spánku), které ovlivňují kvalitu života.

Tab. 1. Diagnostická kritéria OSA (upraveno podle 4, 5)

A. Přítomnost minimálně jednoho z následujících příznaků
■ Spavost, únava, nespavost nebo další příznaky jako spavost při řízení, poruchy koncentrace, paměti atd. vedoucí k porušené kvalitě života v důsledku zhoršeného spánku
■ Pacient se budí zástavami dechu, lapáním po dechu nebo pocitem dušení
■ Partnerem pozorovaná chrápání či apnoe nebo obojí v průběhu spánku
B. PSG nebo PG prokazuje
■ 5–14 převážně obstrukčních dechových událostí za hodinu spánku (PSG) nebo monitorace (PG)
C. PSG nebo PG prokazuje
■ 15 a více převážně obstrukčních dechových událostí za hodinu spánku (PSG) nebo monitorace (PG)
D. Příznaky nejsou vysvětlitelné jinou chorobou
Pro diagnózu OSA musí jedinec splňovat kritéria [(A a B) nebo C] + D
PSG – polysomnografie; PG – polygrafie

Obr. 1. Prevalence OSA u vybraných komorbidit (upraveno podle 7)



Epidemiologie

Výskyt OSA se udává různě, v celé populaci nejčastěji kolem 10 %. Pro hranici AHI > 5 je v dospělé populaci mezi 9 a 38 % (ve vyšším věku u 90 % mužů a 78 % žen), pro AHI > 15 mezi 6 a 17 % (49 % u vyššího věku) s častějším postižením mužského pohlaví (6). OSA se vyskytuje častěji u nekavkazských etnik, žen po menopauze, nárůst je zaznamenáván ve středním a vyšším věku a v souvislosti s nadváhou a obezitou, která je hlavním rizikovým faktorem (RF). Nárůst hmotnosti o 10 % znamená 6x vyšší riziko rozvoje střední nebo těžké OSA, naopak snížení hmotnosti redukuje tíži OSA. Hlavní RF OSA jsou uvedeny v Tab. 2. Vyšší prevalence OSA souvisí s nižším socioekonomickým statusem (snadnější podmínky pro vznik obezity), naopak vyšší vzdělání a příjem pozitivně ovlivňují adherenci k léčbě přetlakem v dýchacích cestách (PAP). Z povolání jsou náchylnější ke vzniku OSA profesionální řidiči a obsluha těžkých strojů. OSA je spojována nejvíce s kardiovaskulárními

a metabolickými chorobami, hlavně diabetem mellitus 2. typu (DM2). Neléčená OSA zvyšuje u kardiovaskulárních chorob riziko morbidity a mortality, je nezávislým RF rozvoje inzulinové rezistence, glukózové intolerance a DM2. OSA je jednou z hlavních příčin sekundární hypertenze. OSA je dále nezávislým RF vzniku cévních mozkových příhod, neléčená zvyšuje jejich riziko 2–4x. K dalším chorobám, mající významný vztah k OSA, patří deprese. U těžké OSA s depresí je během 14 let 3,8x vyšší pravděpodobnost úmrtí než u pacientů s depresí bez OSA. S OSA souvisí i výskyt plicních (plicní hypertenze, astma, CHOPN) a renálních chorob. Neléčená OSA zvyšuje riziko dopravních nehod 2,4x. Prevalenci OSA u vybraných komorbidit uvádí Obr. 1 (7–9).

Patofyziologie

Příčina repetitivních respiračních událostí je multifaktoriální. Hlavní roli hrají zúžení horních dýchacích cest (DC) a jejich vyšší kolapsibilita (Obr. 2). Podkladem k rozvoji OSA jsou jednak strukturální anatomické změny v ob-