

Bezdech senny – niedoceniany problem w praktyce kardiologa

doc. dr hab. n. med. Rafał Baranowski

Instytut Kardiologii, Warszawa



Bezdech senny (ang. *sleep apnea*) jest problemem klinicznym, który niezbyt często jest prezentowany na łamach zarówno *Kardiologii Polskiej*, jak i innych periodyków związanych z kardiologią. Teoretycznie wydaje się być problemem pulmonologów, ale tylko teoretycznie. Ogólnie jest to już w pewnym sensie problem na poziomie populacyjnym, ponieważ dotyczy ok. 5% osób w wieku >40 lat. Częstość bezdechu nocnego jest zdecydowanie wyższa wśród osób z chorobami serca i naczyń – z chorobą wieńcową, nadciśnieniem tętniczym czy niewydolnością serca. W tych przypadkach dotyczy to nawet 20–50% osób. Tymczasem ta częstość nie przekłada się na odpowiednią dla niej liczbę publikacji poglądowych i naukowych. Gdyby na podstawie liczby artykułów określać częstość problemów klinicznych, można by na przykład odnieść wrażenie, że znacznie większym problemem jest zespół Wolffa-Parkinsona-White'a, zespół Brugadów lub zespół wydłużonego QT. Tymczasem gdyby zebrać wszystkie osoby z tymi jednostkami chorobowymi, nadal nie osiągnie się liczby chorych z bezdechem sennym. Można by podać kontrargument, że te trzy jednostki chorobowe są bardzo ważne, ponieważ wiążą się ze zwiększonym ryzykiem nagłego zgonu. Trzeba jednak pamiętać, że bezdech senny jest również problemem społecznym. Chorzy z nierozpoznanym bezdechem stanowią potencjalne zagrożenie dla innych, gdyż jako kierowcy są sprawcami wypadków drogowych, często związanych z konsekwencjami równie dramatycznymi jak nagły zgon sercowy, dotyczącymi nie tylko samych chorych.

Możliwości diagnostyczne w zakresie wykrywania bezdechu sennego są w naszym kraju ograniczone, większość przypadków nie jest po prostu zdiagnozowana. Czy jest szansa na poprawę stanu diagnostyki? Problem dotyczy dwóch poziomów – diagnostyki przesiewowej i diagnostyki, można by rzec, „ostatecznej”. „Złotym standardem” diagnostycznym dla postawienia rozpoznania końcowego jest badanie polisomnograficzne, które z racji ograniczonej dostępności i kosztów nie może być badaniem przesiewowym. W jaki sposób można prowadzić badania przesiewowe? Niewątpliwie dobrą metodą przesiewową są odpowiednio skonstruowane i stosowane w praktyce ankiety. Jednak aby chory wypełnił taką ankietę, musi się zgłosić z podejrzeniem bezdechu do odpo-

wiedniej poradni. Na podstawie wyniku ankiety może być potem skierowany bezpośrednio na polisomnografię lub mniej zaawansowane metody diagnostyczne (np. pulsoksymetrię domową). Jednak, jak wspominałem, ta droga dotyczy osób, u których ktoś podejrzewa tę jednostkę chorobową. Czy mamy szansę na wykrycie tej istotnej patologii u chorego „bezobjawowego”?

W ostatnich latach pojawiły się doniesienia wskazujące na możliwość wykorzystania rejestracji 24-godzinnego EKG w diagnostyce bezdechu, a dokładniej zastosowania go jako metody przesiewowej. Jak wiadomo, problem bezdechu dotyczy bardzo dużego odsetka chorych pozostających pod opieką kardiologiczną. Badanie 24-godzinne EKG jest na pewno bardziej rozpowszechnione na oddziałach i w poradniach kardiologicznych niż metody specjalistyczne stosowane w diagnostyce bezdechu. Czy warto więc skorzystać z takich możliwości oferowanych przez kilka różnych systemów holterowskich?

Wykorzystanie takiej techniki do diagnostyki bezdechu jest przedmiotem pracy opublikowanej w bieżącym numerze *Kardiologii Polskiej* [1]. Dobrze się stało, że taka praca powstała i została opublikowana – przypomniała nam o tym ważnym problemie i wskazała proste możliwości diagnostyczne. W codziennej praktyce kardiologicznej nie zawsze pamiętamy o bezdechu. Mało kto ma łatwy dostęp do badań pulsoksymetrycznych czy polisomnograficznych. Duży odsetek chorych ma wykonywane 24-godzinne badanie EKG.

Od 1984 r., czyli od pierwszej pracy Guilleminaulta i wsp., którzy zwrócili uwagę na możliwość wykorzystania badania metodą Holtera do diagnostyki przesiewowej bezdechu, pojawiły się kolejne doniesienia potwierdzające takie możliwości [1]. Stosowano różne techniki oceny zmienności rytmu – analiza czasowa, częstotliwościowa, *time-frequency* oraz kombinacje metod. Słabą stroną tych prac są liczby analizowanych chorych i wynikający z tego powtarzany postulat kontynuacji prac na większych grupach badanych. Podobnie jest w pracy prezentowanej w *Kardiologii Polskiej* – wyniki zachęcające, ale liczba chorych niewielka i grupa wyselekcjonowana, aczkolwiek w wypadku tej pracy selekcja chorych podnosi rangę wyników. Potwierdzono potencjalną przydatność 24-godzinne EKG w badaniach przesiewowych bezdechu. Uzyskane wyniki nie odbiegają od wyników innych autorów. W pracy zaproponowano własne kryteria diagnostyczne, które oczywiście wymagają sprawdzenia

i potwierdzenia na większej grupie badanych. Nieinwazyjne wskaźniki holterowskie bezdechu sennego mają z reguły większą moc w zakresie wykluczania tej patologii niż trafne rozpoznawanie. Jak wynika z badań prowadzonych w Saint-Etienne – czyli czołowym ośrodku zajmującym się tym zagadnieniem, zaburzenia zmienności rytmu serca obserwowane u chorych z bezdechem są również obserwowane u osób z zaburzeniami snu bez klinicznych objawów bezdechu sennego [3].

Autorzy komentowanej pracy nie włączyli do badań chorych z niewydolnością serca, wśród których problem bezdechu jest bardzo częsty i dotyczy nawet do 50% badanych. Myślę, że warto w następnym kroku ocenić przydatność tej nieinwazyjnej i potencjalnie przesiewowej metody w tej grupie chorych, zwłaszcza że często są wykonywane u nich rejestracje EKG metodą Holtera. Takie prace też były już prowadzone, ale również na małych grupach. Trzeba pamiętać o ograniczonych możliwościach stosowania metod holterowskich wykrywania bezdechu w tej grupie chorych. Odsetek chorych wykluczonych z analizy z powodu występowania migotania przedsionków, zbyt licznej arytmii komorowej i nadkomorowej oraz obecności rytmu z rozrusznika sięga nawet do 42% [4], jednak występowanie migotania przedsionków w tej grupie chorych jest związane z istotnie zwiększonym ryzykiem współwystępowania bezdechu [5]. Zmniejsza również szansę na utrzymanie rytmu zatokowego po skutecznej kardiowersji [6].

Bezdech senny jest istotnym, ale niedocenianym problemem w kardiologii. Wpływa na przebieg kliniczny i rokowanie naszych chorych. Jak prezentuje literatura i komentowana praca, narzędzia do badań wstępnych, przesiewowych są już w naszym zasięgu, często bez potrzeby ponoszenia dodatkowych kosztów. Pora zacząć je wykorzystywać, tak by ostatecznie zweryfikować ich miejsce w praktyce klinicznej. (To ostatnie zdanie jest skierowane również do autora tego komentarza...)

Piśmiennictwo

1. Ożegowski S, Wilczyńska E, Piorunek T, et al. Usefulness of ambulatory ECG in the diagnosis of sleep-related breathing disorders. *Kardiologia Polska* 2007; 65: 1321–8.
2. Guilleminault C, Connolly S, Winkle R, et al. Cyclical variation of the heart rate in sleep apnoea syndrome. Mechanisms, and usefulness of 24 h electrocardiography as a screening technique. *Lancet* 1984; 1: 126–31.
3. Roche F, Celle S, Pichot V, et al. Analysis of the interbeat interval increment to detect obstructive sleep apnoea/hypopnoea. *Eur Respir J* 2007; 6: 1206–11.
4. Vazir A, Dayer M, Hastings PC, et al. Can heart rate variation rule out sleep-disordered breathing in heart failure? *Eur Respir J* 2006; 27: 571–7.
5. Sin DD, Fitzgerald F, Parker JD, et al. Risk factors for central and obstructive sleep apnea in 450 men and women with congestive heart failure. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160: 1101–6.
6. Kanagala R, Murali NS, Friedman PA, et al. Obstructive sleep apnea and the recurrence of atrial fibrillation. *Circulation* 2003; 107: 2589–94.