

GRAŻYNA DĘBSKA^{1,2}, WIOLETTA ŁAWSKA^{1,2}, ALICJA ZIÓŁKOWSKA¹

Wpływ obturacyjnego bezdechu sennego na jakość życia pacjenta

The Influence of Obstructive Sleep Apnoea on Patient's Quality of Life

¹ Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

² Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu

Streszczenie

Wprowadzenie. Obturacyjny bezdech senny (OBS) polega na całkowitym lub częściowym przerwaniu przepływu powietrza w obrębie górnych dróg oddechowych, czego następstwem jest zmniejszenie saturacji tlenem i wybudzenie ze snu. Wiąże się to z nadmierną sennością w dzień oraz stwierdzeniem zaburzeń typu obturacyjnego w polisomnografii.

Cel pracy. Ocena jakości życia chorego na OBS oraz weryfikacja następujących hipotez badawczych: Czy problemy zdrowotne mają wpływ na pogorszenie jakości życia? Czy nadmierna senność dzienna wpływa na jakość życia? Czy pacjent z obturacyjnym bezdechem sennym sprawnie funkcjonuje w środowisku?

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 31 chorych (8 kobiet i 23 mężczyzn), u których stwierdzono OBS w stadium umiarkowanym (AHI 15–30) i ciężkim (AHI > 30). Wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa oraz kwestionariusz oceny senności dziennej z użyciem Skali Senności Epworth. Pomiar masy ciała i wysokości wykonano za pomocą wagi lekarskiej i wzrostomierza typu Martina. Najliczniejszą grupę (n = 15) stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 46–60 lat (48,2%).

Wyniki. W grupie badanych najliczniejszą grupę (58,1%) stanowili pacjenci z nadwagą. U znacznej części pacjentów występowały objawy OBS. Powikłania wyprzedziły rozpoznanie schorzenia i u 64,5% w chwili zdiagnozowania OBS miało rozpoznane nadciśnienie tętnicze, a 45,2% miało rozpoznaną chorobę wieńcową. Pacjenci z OBPS wypełniali Skalę Senności Epworth, z której wynikało, że 51,6% ankietowanych odczuwa podwyższoną senność w ciągu dnia, która utrudnia funkcjonowanie (**Piel. Zdr. Publ. 2011, 1, 4, 313–320**).

Wnioski. Pacjenci z OBPS mają utrudnione funkcjonowanie w środowisku rodzinnym i społecznym, a tym samym obniżoną jakość życia.

Słowa kluczowe: bezdech senny, senność dzienna, funkcjonowanie w środowisku.

Abstract

Background. Obstructive sleep apnoea (OSA) is characterised by complete or partial pauses in air flow within the upper airways, which results with decreased oxygen saturation and waking up. It is connected with excessive sleepiness during the day and the diagnosis of obstructive type disorders in polysomnography (PSG).

Objectives. To evaluate the quality of life of patients with OSA. Research problems: Do health problems lead to the deterioration of quality of life? Does excessive daytime sleepiness influence patient's quality of life? Do the patients with obstructive sleep apnoea function well in their environment?

Material and Methods. The study included 31 patients (8 women and 23 men) with diagnosed OSA; moderate (AHI 15–30) and severe (AHI > 30). A survey questionnaire developed by the authors was used as well as the questionnaire assessing daytime sleepiness with the Epworth Sleepiness Scale. Body mass and height were taken using medical weight and Martin's type height scale. Patients aged between 46 and 60 comprised the biggest subgroup (n = 15, 48.2%).

Results. As far as the study group profile was concerned, the weight of 58.1% patients corresponded to overweight class I and the remaining respondents' weight placed them in the group of overweight class II and III. A significant ratio of respondents reported symptoms of untreated OSA. Complications were observed before the disease was diagnosed, and at the moment of OSA diagnosis 64.5% of patients had diagnosed arterial hypertension whereas 45.2% of respondents knew they suffered from the coronary disease. Patients with OSA filled the Epworth Sleepiness Scale and its results suggested that 51.6% of them experienced elevated level of sleepiness during the day, which made their functioning difficult.

Conclusions. Patients with OSA have difficulties in functioning in their family and social environment, therefore their quality of life is decreased (Piel. Zdr. Publ. 2011, 1, 4, 313–320).

Key words: sleep apnea, daily sleepiness, functioning in the environment.

Zgodnie z przyjętą w 2005 r. przez *American Academy of Sleep Medicine* (AASM) II międzynarodową klasyfikacją zaburzeń snu, obturacyjny bezdech senny (*obstructive sleep apnea syndrome* – OBS, OSAS) jest jednym z typów klasycznej postaci zespołu zaburzeń oddychania w czasie snu (*sleep disordered breathing* – SDB). Jest wciąż chorobą mało znaną, którą medycyna zajęła się stosunkowo niedawno. Obturacyjny bezdech senny według stanowiska AASM z 1999 r. „...polega na całkowitym lub częściowym przerwaniu przepływu powietrza w obrębie górnych dróg oddechowych, czego następstwem jest zmniejszenie saturacji tlenem i wybudzenie ze snu. Wiąże się to z nadmierną sennością w dzień oraz stwierdzenie zaburzeń typu obturacyjnego w polisomnografii...” [1].

Badaniem diagnozującym chorobę jest polisomnografia. Wykonuje się w niej: elektroencefalogram (EEG), elektrokardiogram (EKG), elektrookulogram (EOG), elektromiogram (EMG) oraz pomiar saturacji. Rejestruje się również ruchy klatki piersiowej i brzucha, przepływ powietrza oraz pozycję ciała. Obturacyjny bezdech senny może wystąpić w każdym okresie życia, od wieku noworodkowego aż do późnej starości, a częstość występowania rośnie z wiekiem. Szacuje się, że w populacji dorosłych OBS może występować nawet u 25% mężczyzn i 11% kobiet. Choroba jest rozpoznawana u mężczyzn 2–3 razy częściej w przedziale wieku między 40. a 70. rokiem życia, a u kobiet w okresie menopauzy [2]. W Polsce na podstawie wyników badania epidemiologicznego (badania R. Pływaczewskiego z 2007 r.), przeprowadzonego wśród 676 osób w wieku 41–72 lat, zaburzenia oddychania w czasie snu stwierdzono u 16,7% mężczyzn i 5,4% kobiet [za: 1].

W celu zrozumienia patomechanizmu obturacyjnego bezdechu sennego należy zwrócić uwagę na anatomię i fizjologię górnych dróg oddechowych. Fizjologicznie górne drogi oddechowe uczestniczą w trzech funkcjach: fonacji, połykaniu, oddychaniu. Występowanie bezdechów zależy od zaburzenia równowagi kilku czynników: anatomicznego, czynnościowego (napięcie mięśni gardła) i ujemnego ciśnienia wydechowego [2, 3].

Obturacyjny bezdech senny charakteryzuje się występowaniem objawów podmiotowych, które są charakterystyczne dla pory dziennej i nocnej.

Do nocnych objawów, które wysuwają się na pierwszy plan, należy głośne, nieregularne chrapanie z przerwami, powodujące wybudzenie ze snu z powodu uczucia braku powietrza lub duszności.

Pacjent budzi się nagle z przyspieszonym oddechem, kołataniem serca i lękiem, który nie pozwala ponownie zasnąć. Niepokojny sen, częste przerwy z powodu wybudzeń sprawiają, że staje się on fragmentaryczny i nie przynosi należytego wypoczynku. Liczba wybudzeń w ciągu nocy może wynosić nawet kilkaset razy, często są one nieświadome i niezapamiętywane przez pacjenta. Pacjent budzi się w nocy także z powodu potrzeby oddawania moczu (nykturia), która jest spowodowana wzmożonym wydzielaniem peptydu natriuretycznego oraz zwiększonym ciśnieniem w obrębie jamy brzusznej w czasie trwania bezdechów. Objawy takie jak: nykturia i pocenie się są konsekwencją stresu, jakim jest dla organizmu sen zaburzony, fragmentaryczny niedający należytego wypoczynku [1, 3, 4].

Do objawów dziennych OBS należy ból głowy zaraz po przebudzeniu, który może być spowodowany nocnym niedotlenieniem lub hiperkapnią z powodu bezdechów bądź wzrostem ciśnienia tętniczego krwi. Kolejnym objawem jest suchość śluzówek jamy ustnej z powodu konieczności oddychania przez usta wskutek niedostatecznej drożności przewodów nosowych (alergia, polipy, stan zapalny, nikotynizm). Do objawów często niekojarzonych z OBS należą: nadmierna senność w ciągu dnia, trudności w koncentracji, zaburzenia pamięci, zaburzenia funkcji poznawczych, nadmierna drażliwość bądź depresja. Objawy te sprawiają, że pacjenci trafiają do lekarzy różnych specjalności, zanim zostanie postawiona właściwa diagnoza. U mężczyzn może wystąpić osłabienie popędu seksualnego i zaburzenie potencji. Fragmentacja i zaburzona struktura snu mogą doprowadzić do zmniejszonego wydzielania testosteronu. Niskie stężenie tego hormonu wpływa u mężczyzn na obniżenie libida [5]. Do objawów przedmiotowych obturacyjnego bezdechu sennego należy nadwaga lub otyłość, które powodują odkładanie się tkanki tłuszczowej także w okolicy szyi, co w konsekwencji zwiększa jej obwód i powoduje zwężenie światła gardła i szybsze zamykanie dróg oddechowych podczas snu. U mężczyzn obwód szyi powyżej 42 cm, a u kobiet powyżej 40 cm zwiększa ryzyko wystąpienia bezdechów [1–3].

Kolejnym objawem podmiotowym jest nadciśnienie tętnicze, które u pacjentów z OBS jest spowodowane upośledzoną funkcją baro- i chemoreceptorów w naczyniach obwodowych oraz nadmierną aktywnością układu renina–angioten-

syna-aldosteron. Następne objawy są spowodowane nieprawidłową budową, należą do nich: wydłużenie podniebienia miękkiego, przerost języzka, przerośnięte migdałki podniebienne, duży język, krótka szyja, skrzywiona przegroda nosowa i przerost małżowin nosowych [4, 6].

Stopień zaawansowania obturacyjnego bezdechu sennego określa się na podstawie wskaźnika bezdechów i sypień (AHI) i nocnego wysycenia hemoglobiny tlenem (SaO₂). Nie ma jednolitej klasyfikacji stadium (stopnia) ciężkości obturacyjnego bezdechu sennego. W literaturze przedmiotu można spotkać kilka i różni się skalą interpretacji AHI lub oceny senności dziennej według Skali Senności Epworth [1, 4].

Choroba jest problemem nie tylko medycznym, ale również społecznym, ponieważ pogarsza jakość życia, zwiększa ryzyko wypadków i prowadzi do groźnych powikłań wskutek niedotlenienia ważnych dla życia narządów. Celem pracy było wyłonienie problemów zdrowotnych mających niekorzystny wpływ na jakość życia pacjentów z obturacyjnym bezdechem sennym. Sformułowano następujące hipotezy badawcze:

- Czy problemy zdrowotne mają wpływ na pogorszenie jakości życia?
- Czy nadmierna senność dzienna wpływa na jakość życia?
- Czy pacjent z obturacyjnym bezdechem sennym sprawnie funkcjonuje w środowisku?

Materiał i metody

Do realizacji celu pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując technikę ankietową z użyciem kwestionariusza ankiety własnego autorstwa oraz standaryzowanego kwestionariusza Skali Senności Epworth [6, 7].

Badanie zostało przeprowadzone w Szpitalu Uniwersyteckim, w Oddziale Kliniki Pulmonologii, po uzyskaniu pisemnej zgody kierownika kliniki oraz chorych. Kwestionariusz wypełniło 31 pacjentów, u których w badaniu polisomnograficznym stwierdzono obturacyjny bezdech senny w stadium umiarkowanym (AHI 15–30 bezdechów lub sypień/godzinę snu) i ciężkim (AHI > 30). Przed wypełnieniem ankiety pacjenci zostali poinformowani o charakterze, celu i sposobie przeprowadzenia badania oraz o poufności wyników. Wynik w skali Senności Epworth interpretowano zgodnie z kluczem. Brak nadmiernej senności interpretowano dla 0–9 punktów. Wynik 10–15 punktów wskazywał na umiarkowaną senność, a 15–24 patologiczną senność. Wykonano też pomiar masy ciała i wysokości. Na tej podstawie obliczono wskaźnik BMI (*body mass index*). W interpretacji wskaźnika BMI wykorzystano klasyfikację otyłości (tab. 1).

Tabela 1. Klasyfikacja otyłości wg BMI dla osób dorosłych (Światowa Organizacja Zdrowia 2000)

Table 1. Classification of obesity according to BMI for adults (WHO 2000)

Klasyfikacja	BMI/(kg/m ²)
Niedowaga	< 18,50
Norma	18,50–24,99
Nadwaga	25,00–29,99
Otyłość I	30,00–34,99
Otyłość II	35,00–39,99
Otyłość III	> 40,00

Źródło: Kinalska et al. [8].

Charakterystyka grupy badanej

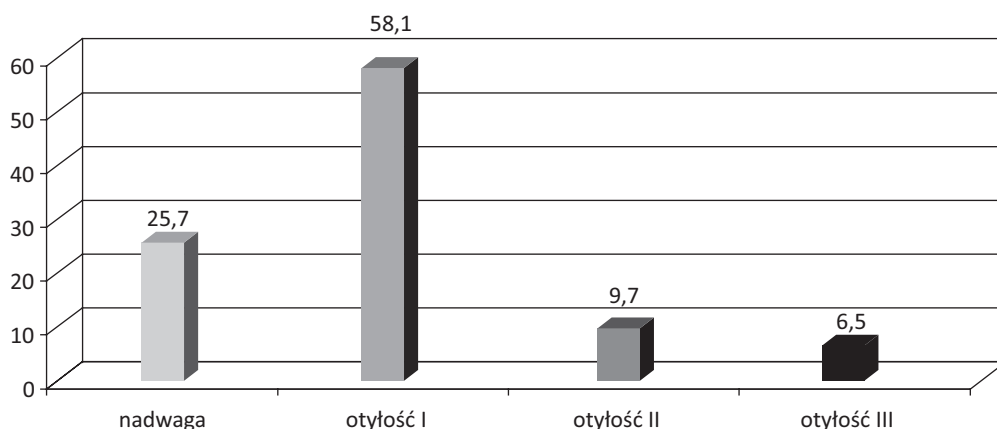
W badaniu uczestniczyło 8 kobiet (25,8%) i 23 mężczyzn (74,2%). Najliczniejszą grupę stanowił przedział wiekowy 46–60 lat (48,2%), a najmniej liczną przedział wiekowy poniżej 30 r.ż. (3,2%). Miejsce zamieszkania ankietowanych: wieś 14 osób (45,2%) i miasto 17 osób (54,8%). Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z wykształceniem średnim 38,7%, a najmniej liczną stanowili pacjenci z wykształceniem podstawowym 28,8%.

Wyniki

Analiza danych uzyskanych w badaniu ankietowym pozwoliła ustalić, że u 9,7% badanych zdiagnozowano astmę, a u 19,4% POChP. Schorzenia laryngologiczne zdiagnozowano u 49,1%. Po zabiegu korekcyjnym przegrody nosowej było 16,1%, a po usunięciu polipów 19,3%, u 6,5% w przeszłości rozpoznano zapalenie zatok. Nadciśnienie tętnicze w przeszłości rozpoznano u 64,5% (n = 20) badanych, a u 45,2% chorobę wieńcową. Występowanie otyłości w badanej grupie na podstawie interpretacji wskaźnika BMI przedstawia ryc. 1.

Z obliczonego BMI wynika, że otyłość I stopnia dotyczy najliczniejszej grupy badanych – 18 osób (58,1%). Inne problemy występujące w grupie badanych związane ze stylem życia to palenie papierosów, picie alkoholu. W grupie badanych 51,6% (n = 16) to palacze, 61,3% (n = 19) deklaruje, że czasami spożywa alkohol w godzinach popołudniowych.

Problem chrapania w grupie pacjentów z OBS występuje u 97% (n = 30), a 61% (n = 19) ma potrzebę oddawania moczu w ciągu nocy, tylko u 32% (n = 7) zdarza się to czasami. W badanej grupie 65% (n = 20) występuje problem suchości języka i zaschniętych ust. Poranny ból głowy w grupie



Ryc. 1. Ocena problemu otyłości w badanej grupie

Fig. 1. The problem of obesity in the study group

chorych na OBS występuje u 45% ($n = 14$), a u 39% ($n = 12$) taki problem występuje tylko czasami.

Najczęstsze dolegliwości odczuwane w czasie snu przedstawia tab. 2.

Z przedstawionych danych wynika, że najczę-

Tabela 2. Odczuwane dolegliwości podczas snu w grupie badanych pacjentów z OBS

Table 2. Felt discomfort while sleeping in the study group

Kategoria odpowiedzi	Liczba osób*	%
Kołatanie serca	13	41,9
Duszność	24	77,4
Ból głowy	15	48,3
Ból w okolicy serca	8	25,8

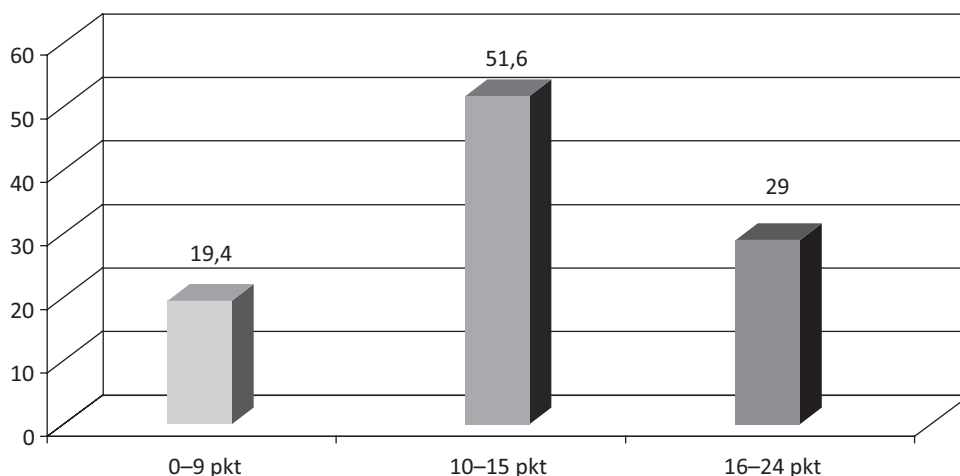
* Dane nie sumują się do 100, ponieważ badani udzielili więcej niż jedną odpowiedź.

ściej występująca dolegliwość w badanej grupie u 77,4% ($n = 24$) to duszność, a najrzadziej wymieniany objaw u 25,8% ($n = 8$) to ból w okolicy serca. W badanej grupie u 55% ($n = 17$) występuje spadek libido.

Ocena problemów z zaśnięciem pozwoliła ustalić, że w badanej grupie u 54,9% ($n = 17$) problem ten nie występuje. Pozostałe osoby problemy z zaśnięciem miały czasem 29% ($n = 9$), a 16,1% ($n = 5$) zadeklarowała, że zawsze. W tej grupie 20 osób (64,5%) nie zażywa leków uspokajających i nasennych, tylko pięciu badanych (16,1%) deklaruje systematyczne zażywanie leków, a sześciu (19,4%) robi to czasami.

Ocenę stopnia senności dziennej według skali Epworth przedstawia ryc. 2

W badanej populacji najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z umiarkowaną sennością dzienną (51,6%, $n = 16$) oraz (29%, $n = 9$) z patologiczną sennością, uzyskując w skali senności Epworth



Ryc. 2. Ocena senności dziennej wg skali Epworth

Fig. 2. Assessment of daytime sleepiness Epworth scale

odpowiednio przedział punktów 10–15 i 16–24. Senność w ciągu dnia jest dużym utrudnieniem dla grupy 67,8% (n = 21), w grupie 25,8% (n = 8) czasami bywa utrudnieniem, tylko dla 6,4% (n = 2) nie ma znaczenia.

W badanej grupie 41,9% (n = 13) odczuwa obniżony nastrój bez konkretnej przyczyny, grupa 35,2% (n = 12) miewa czasami obniżony nastrój, a 22,9% (n = 7) nie zauważa obniżonego nastroju. Ocena problemu zmęczenia w ciągu dnia w grupie chorych z OBS pozwoliła ustalić, że u 45,2% (n = 14) występuje zmęczenie po nocy, a 32,2% (n = 10) odczuwa zmęczenie tylko czasami, a pozostali nie zgłaszają takiego problemu. Występowanie trudności w koncentracji uwagi z dużym nasileniem deklaruje 64,5% (n = 20), a grupa 25,8% (n = 8) miewa problem czasami. Pozostałe osoby 9,7% (n = 3) nie odczuwają problemu z koncentracją uwagi. W ankietowanej grupie u 48,4% (n = 15) zmęczenie zdecydowanie wpływa na zmianę planów własnych i rodziny, u 38,7% (n = 12) wpływa czasami, a dla 12,9% (n = 4) nie ma wpływu. Zdaniem 48,4% (n = 15) badanych samopoczucie znacząco wpływa na funkcjonowanie rodziny, a 35,5% (n = 11) dostrzega ten wpływ czasami. Pozostali – 16,1% (n = 5) uważają, że samopoczucie nie ma wpływu na funkcjonowanie rodziny. Wpływ zmęczenia na aktywność fizyczną w grupie chorych na OBS dostrzega 51,6% (n = 16), którzy z tego powodu ograniczają często wysiłek fizyczny. Czasami ograniczają wysiłek fizyczny ci, którzy z powodu zmęczenia stanowią 32,3% (n = 10) badanych. Pozostali – 16,1% (n = 5) nie widzą takiej zależności.

Omówienie

Obturacyjny bezdech senny jest typem zaburzeń oddychania w czasie snu, który prowadzi do upośledzenia wymiany gazowej, co w konsekwencji objawia się desaturacją i wystąpieniem objawów pogarszających jakość życia pacjenta.

Pojęcie jakości życia (*quality of life* – QL) w ostatnich latach zyskało na znaczeniu szczególnie w promocji zdrowia i w medycynie, które definiowane jest jako „...ocena własnego położenia życiowego dokonana w okresie choroby oraz leczenia i uwzględniająca szczególną ich rolę...” (...) Jakość życia ma charakter wielowymiarowy, wyróżnia się zwykle cztery najważniejsze jej komponenty: funkcje fizyczne, stan psychiczny, interakcje społeczne, doznania somatyczne...” [9, 10]. Z analizy piśmiennictwa wynika, że pacjenci z obturacyjnym bezdechem sennym mają upośledzoną jakość życia we wszystkich wymienionych wymiarach. Celem badania była ocena jakości

życia w grupie pacjentów, u których w badaniu polisomnograficznym stwierdzono obturacyjny bezdech senny. Chodziło o weryfikacje hipotez, czy istnieje zależność między występującymi objawami i problemami zdrowotnymi wynikającymi ze stylu życia a jego jakością i jaki to ma wpływ na funkcjonowanie w środowisku. W badaniu własnym postawione hipotezy sprawdzili się.

Hipoteza 1

Istnieje zależność między występującymi objawami i problemami zdrowotnymi wynikającymi ze stylu życia a jego jakością.

W grupie badanej u znacznej części pacjentów występowały objawy obturacyjnego bezdechu sennego. W chwili badania większość miała zdiagnozowane: nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową. Zdecydowana większość zgłaszała problem nykturii, duszność podczas nocnych wybudzeń, kołatanie serca, ból głowy, obniżony nastrój i trudności w koncentracji uwagi, a około połowa badanych spadek libido. Inne problemy to uczucie suchości w jamie ustnej.

W grupie badanych z obturacyjnym bezdechem sennym żaden z ankietowanych chorych nie miał nadmiernej masy ciała. Najliczniejszą grupę około 60% stanowili pacjenci z otyłością I stopnia, a pozostałe osoby miały nadwagę bądź otyłość II i III stopnia. Potwierdza się to w analizowanym piśmiennictwie, które wskazuje, że z epidemiologicznego punktu najistotniejszym czynnikiem ryzyka powstania OBS jest otyłość bądź nadwaga. Pierwszym krokiem w leczeniu jest zmiana stylu życia, głównie nawyków żywieniowych, które mają na celu normalizację masy ciała. Zmniejszenie masy ciała powoduje obniżenie wskaźnika AHI i wzrost poziomu tlenu we krwi w godzinach nocnych, a u osób z łagodną postacią ustąpienie objawów [11].

W badaniach własnych prawie 100% deklaruje, że chrapie. Z analizowanego piśmiennictwa wynika, że obturacyjny bezdech senny nierozdzielnie wiąże się z towarzyszącym mu chrapaniem, dotyczy ono prawie 100% chorych „...Chrapanie jest zjawiskiem akustycznym, powstającym podczas snu w wyniku wibracji podniebienia miękkiego, przy niecałkowitym zamknięciu górnych dróg oddechowych (...)” Głośne chrapanie utrudnia życie bliskich, a znaczna suchość w ustach po przebudzeniu powoduje dyskomfort pacjenta. Każdy pacjent z OBS powinien unikać spania na wznak, ponieważ pozycja ta wzmacnia chrapanie i bezdechy. Często wystarczy wyzbyć się nawyku spania na plecach, aby przestać chrapać. Należy jednak zwrócić uwagę, że nie każda osoba chrapiąca cierpi na zaburzenia oddychania w postaci obturacyjne-

go bezdechu sennego, ale wymaga głębszego zainteresowania się problemem [12, 13].

Abstynencja alkoholowa oraz unikanie leków uspokajających i nasennych to kolejne czynniki mające istotny wpływ na leczenie pacjentów z OBS. Z badań własnych wynika, że połowa badanych to nałogowi palacze tytoniu, nieco więcej deklaruje spożywanie alkoholu w godzinach popołudniowych i wieczornych. Zażywanie środków nasennych stale lub czasami stanowi również problem w badanej grupie. Z analizowanego piśmiennictwa wynika, że chorzy powinni unikać spożywania alkoholu w godzinach popołudniowych i wieczornych oraz środków uspokajających i nasennych, które zmniejszają napięcie mięśni i sprzyjają pojawieniu się bezdechów. Zaleca się więc abstynencję nikotynową i alkoholową, a także unikania zażywania leków nasennych, które mogą spowodować lub nasilić bezdech. Należy motywować każdego pacjenta do usunięcia czynników sprzyjających bądź nasilających obturacyjny bezdech senny, szczególnie tych wynikających ze stylu życia, gdyż konsekwencje zdrowotne w znacznym stopniu mogą ograniczać jakość życia pacjenta [10, 15].

Hipoteza 2

Istnieje zależność między zwiększoną sennością dzienną a jakością życia pacjenta z obturacyjnym bezdechem dziennym. Hipoteza potwierdziła się.

Pacjenci z obturacyjnym bezdechem sennym wypełniali Skalę Senności Epworth, z której wynikało, że około połowy ankietowanych odczuwa podwyższoną senność w ciągu dnia. Pacjenci łatwo zapadają w drzemkę podczas rozmowy, oglądania telewizji, siedząc lub czytając, lub też w miejscach publicznych typu kino, teatr. U około jednej trzeciej ankietowanych występuje patologicznie wysoka senność dzienna. Senność i znużenie w czasie dnia utrudnia funkcjonowanie aż 64,5% ankietowanych.

Niezaburzony sen jest podstawowym warunkiem sprawnego funkcjonowania człowieka w sferze fizycznej i psychicznej. Istnieją różne teorie tłumaczące funkcje i zasługi, jakie niesie sen. Uważa się, że zdrowy, nieprzerwany sen przywraca sprawność organizmowi, jest ochroną przed stresem i przedwczesnym starzeniem się oraz pozytywnie wpływa na funkcje poznawcze, stan emocjonalny każdego człowieka.

Sen jest jednym z najistotniejszych fizjologicznych mechanizmów, niezbędnym dla funkcjonowania wszystkich organizmów [14, 15]. Znajduje to potwierdzenie w analizowanym piśmiennictwie, z którego wynika, że u znacznej części pacjentów z OBS występuje zwiększona senność w ciągu dnia.

Zdarza się, że nawet podczas rozmowy potrafią zapadać w drzemkę. Bardzo przydatna w ocenie jest Skala Senności Ephwoth. Każdy pacjent, który otrzyma sumę punktów wg tej skali powyżej 16, powinien wiedzieć, że nie może obsługiwać urządzeń mechanicznych, gdyż stanowi zagrożenie dla siebie i otoczenia, a to z kolei wiąże się często ze zmianą pracy, zawodu lub przejściem na zasiłek. Dane potwierdzają też zwiększone ryzyko wypadków komunikacyjnych, które zdarza się u chorych z OBS 2–7 razy częściej i jest to spowodowane przede wszystkim nadmierną sennością w ciągu dnia [2, 12]. Niekorzystny wpływ na przebieg OBS ma praca w trybie zmianowym. Stwierdzono, że u tych chorych wzrasta częstość epizodów bezdechu, co może wpłynąć negatywnie na koncentrację uwagi [15]. Również potrzeba częstego oddawania moczu w ciągu nocy powoduje przymusowe wybudzania, co niekorzystnie wpływa na wypoczynek, jaki powinien zapewnić sen.

Zaburzona struktura snu powoduje uczucie zmęczenia, ból głowy i nadmierną senność w ciągu dnia, co z kolei prowadzi do zaburzenia koncentracji, a nawet depresji. Nadmierna senność utrudnia codzienne funkcjonowanie i często staje się przyczyną zmiany planów własnych, a nawet rodziny. Bardzo często zdarza się, że pacjenci rezygnują z uczestnictwa w życiu społecznym, ponieważ nie potrafią zapanować nad sennością, a nie są świadomi swojej choroby. Pacjenci z powodu częstego zmęczenia ograniczają kontakty towarzyskie z rodziną i przyjaciółmi oraz życie kulturalne z powodu tzw. towarzyskiej wpadki, gdy podczas rozmowy, oglądania filmu czy koncertu zdarzyło się zasnąć, a nawet głośno chrapać. Wskutek zmęczenia nie podejmują lub ograniczają próby aktywności fizycznej, a to z kolei skutkuje zwiększeniem masy ciała [3, 4, 16].

Niezaburzony sen jest podstawowym warunkiem sprawnego funkcjonowania człowieka w sferze fizycznej i psychicznej. Istnieją różne teorie tłumaczące znaczenie snu. Uważa się, że zdrowy, nieprzerwany sen przywraca sprawność organizmowi, jest ochroną przed stresem i przedwczesnym starzeniem się oraz pozytywnie wpływa na funkcje poznawcze, stan emocjonalny każdego człowieka. Sen stanowi ponadto jeden z najistotniejszych fizjologicznych mechanizmów, który jest niezbędny do funkcjonowania wszystkich organizmów [14]. W badaniach neuropsychologicznych u chorych na OBS prowadzonych przez Farnik M. et al. [12] stwierdzono, że występują zaburzenia percepcji – zwłaszcza pamięci wzrokowej odroczonej – korelujące ze stopniem ciężkości choroby (wskaźnik AHI). Nie obserwowano natomiast korelacji między liczbą popełnionych błędów a wynikiem skali senności. Podjęcie leczenia powoduje

znaczną poprawę kondycji fizycznej i psychicznej każdego pacjenta oraz ogranicza lub eliminuje senność dzienną.

Hipoteza 3

Istnieje zależność między sprawnym funkcjonowaniem pacjenta z obturacyjnym bezdechem sennym w środowisku a jego jakością życia. Hipoteza się potwierdziła.

Z przeprowadzonych badań wynika, iż pacjenci z obturacyjnym bezdechem sennym mają utrudnione funkcjonowanie w środowisku rodzinnym i społecznym, a tym samym upośledzoną jakość życia. Spadek libido odczuwa około połowa ankietowanych. Zauważone pogorszenia sprawności seksualnej staje się problemem wpływającym na pogorszenia stanu psychicznego młodych, aktywnych zawodowo mężczyzn. Pogorszenie bądź trudności w koncentracji uwagi jako stałą uciążliwość podaje około 60% badanych.

Nadmierne zmęczenie, apatia, senność, znużenie wpływa zdaniem większości badanych na ograniczenie wysiłku fizycznego, co staje się częstą przyczyną zmian planów własnych lub rodziny. Znaczący wpływ samopoczucia ankietowanych na codzienne funkcjonowanie rodziny podaje około 50% badanych.

Uzasadniając zależność między sprawnym funkcjonowaniem pacjenta z OBS w środowisku a jego jakością życia, należy zwrócić uwagę na to, że: częste zmęczenie, senność w ciągu dnia, ból głowy, pogorszenie koncentracji, wzmożona drażliwość, problemy z pamięcią mają niewątpliwie wpływ na pełnienie funkcji społecznych i w rodzinie. Impotencja zaburza nie tylko życie seksualne, ale wpływa na pogorszenie stanu emocjonalnego i tak już nie w pełni sprawnego. Rodzina musi mieć świadomość, że niechęć do uczestnictwa w życiu rodziny czy też do pełnienia ról społecznych wynika nie ze złego nastawienia, ale z choroby. Niekorzystnie też bywają oceniani jako pracownicy,

ponieważ są postrzegani jako mało kreatywni lub opieszali [10, 16].

Nie ulega wątpliwości, że należy podjąć walkę z przyczynami OBS i poddać się niewątpliwie mało komfortowemu leczeniu. Pacjent powinien mieć świadomość, że każdy podjęty wysiłek usuwający przyczyny obturacyjnego bezdechu sennego wpłynie na poprawę jakości życia. Podjęcie leczenia bardzo korzystnie wpływa na samopoczucie – poprawia się koncentracja, funkcje poznawcze – sprawia, że pozytywnie oceniają swoje życie. Bardzo ważne jest wykorzystanie wszystkich możliwości jakie niesie medycyna, ale też wykorzystanie własnego potencjału, aby jakość życia się poprawiła.

Pacjent z obturacyjnym bezdechem sennym jest narażony na groźne powikłania, których nie jest świadomy, a dolegliwości, które odczuwa utrudniają i pogarszają jakość życia. Do powikłań należą: zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie tętnicze, udar mózgu, niewydolność krążenia, impotencja, depresja, wypadki komunikacyjne wskutek zaśnięcia [2]. Niestety, najczęściej powikłania wyprzedzają rozpoznanie choroby, a u większości pacjentów w chwili rozpoznania występuje wiele chorób, które mogą być skutkiem niezdiagnozowanego i nieleczonego obturacyjnego bezdechu sennego.

Wnioski

Najczęstsze problemy zdrowotne mające ujemny wpływ na jakość życia w grupie badanych to: otyłość, głośne chrapanie, nadciśnienie tętnicze, duszność podczas wybudzeń nocnych, nadużywanie nikotyny, suchość języka i w jamie ustnej, spadek libido. Senność, znużenie, trudności w koncentracji utrudniają codzienne funkcjonowanie. Nadmierne zmęczenie powoduje zmianę planów własnych lub rodziny i ogranicza aktywność fizyczną u ponad połowy badanych.

Piśmiennictwo

- [1] Chazan R.: Klasyfikacja, obraz kliniczny i diagnostyka zaburzeń oddychania w czasie snu. *Via Medica* 2007, 15–19. www.pneumonologia.viamedica.pl (data dostępu 12.08.2011).
- [2] Pływaczewski R., Niżankowska A.: Zaburzenia oddychania w czasie snu. [W:] *Choroby wewnętrzne*. Red.: Szczeklik A. Med. Prakt., Kraków 2005, 627–632.
- [3] Zieliński J., Bednarek M., Pływaczek R.: Zaburzenia oddychania w czasie snu. PZWL, Warszawa 2006.
- [4] Drozdowski J., Jerzemowska A., Gorzewska A., Kuziemski K., Słomiński J.M.: Rola lekarza rodzinnego w diagnostyce i terapii obturacyjnego bezdechu sennego. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2008, t. 2, 2, 101–111.
- [5] Meston N., Davies R.J.O., Mullins R., Jenkinson C., Wass J.A., Stradling J.R.: Endocrine effects of nasal continuous positive airway pressure in male patients with obstructive sleep apnoea. *J. Int. Med.* 2003, 245, 447–454.
- [6] Johns M.W.: A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* 1991, 14(6), 540–545.
- [7] Johns M.W.: Daytime sleepiness, snoring and obstructive sleep apnea. *The Epworth Sleepiness Scale*, *Chest* 1993, 103(1), 30–36.

- [8] **Kinalska I., Popławska-Kita A., Telejko B., Kinalski M., Zonenberg A.:** Otyłość a zaburzenia przemiany węglowodanowej. *Endokrynologia, Otyłość, Zaburzenia Przemiany Materii* 2006, t. 2–3(9), 95, www.endokrynologia-viamedica.pl (data dostępu 15.09.2011).
- [9] **DeWalden-Gałuszko K.:** Problemy jakości życia u chorych w stanie terminalnym. *Pol. Med. Paliat.* 2003, 1(3), 4–6.
- [10] **Akashiba T., Kawahara S., Akahoshi T., Omori C., Saito O., Majima T., Horie T.:** Relationship between quality of life and mood or depression in patients with severe obstructive sleep apnea syndrome. *Chest* 2002, 122, 861–865.
- [11] **Wolf J., Narkiewicz K.:** Otyłość a bezdech senny. *Kardiologia na co dzień* 2007, 3, 113.
- [12] **Farnik M., Pierzchała W.:** Ocena zaburzeń procesów pamięciowych u chorych na obturacyjny bezdech senny. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2007, 75, 349–354.
- [13] **Wolf J., Hering D., Narkiewicz K.:** Zespół obturacyjnego bezdechu podczas snu. [W:] *Nadciśnienie tętnicze*. Red.: Januszewicz A., Januszewicz W., Szczepańska-Sadowska E., Sznajderman M. *Med. Prakt.* 2004, 757–761.
- [14] **Myśliński W., Dybała A., Mosiewicz J., Prystupa A., Hanzlik J.:** Zaburzenia czynności układu sercowo-naczynowego u chorych z zespołem obturacyjnego bezdechu sennego. *Wiad. Lek.* 2005, 58(1–2), 78–83.
- [15] **Paciorek M., Byskiniewicz K., Bielicki P., Chazan R.:** Obturacyjny bezdech podczas snu u pacjentów w trybie zmianowym. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2006, 74, 51–55.
- [16] **Gałecki P., Florkowski A., Zboralski K., Pietras T., Szmraj J., Talarowska M.:** Psychiatryczne i psychologiczne powikłania zespołu obturacyjnego bezdechu sennego. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2011, 79, 1, 26–31.

Adres do korespondencji:

Grażyna Dębska

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im A. Frycza-Modrzewskiego

ul. Gustawa Herlinga Grudzińskiego 1

30-705 Kraków

tel.: 607 059 061

e-mail: grace10@vp.pl lub gdebska@afm.edu.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.10.2011 r.

Po recenzji: 2.11.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 4.11.2011 r.

Received: 10.10.2011

Revised: 2.11.2011

Accepted: 4.11.2011