

## A horkolás mögött súlyos betegség rejtőzhet!

(szerző: dr. Ádám Ágnes vezető főorvos)

belgyógyász, hipertónológus, SE. Családorvosi Tanszék Tudományos munkatársa

vezetőségi tagja : a Magyar Alvástársaságnak, a Magyar Hipertónia Társaságnak, a CSAKOSZ-nak )

Évek óta egy Hipertónia Centrumot vezetek Zuglóban.

Ott olyan betegek jelentkeznek, akiknek nem sikerül beállítani a vérnyomását. A legtöbbjüket háziorvosa küldi hozzám.

Most egy olyan páciens meséli el saját tapasztalatait, aki sok évig élt panaszával és magasvérnyomásával.

Halljuk hát K. Z. 55 éves férfi történetét:

Beállították a vérnyomásom. Nehezen ment, de sikerült. Rendben is lenne, már ami a nappal illeti. De, az éjszakával valami nem stimmel. Ezt a huszonnégyórás ABPM vizsgálat mutatta ki. Az ABPM egy olyan kicsi készülék, amit vérnyomásmérő mandzsettával rögzítenek, állandóan rajta van az emberen, mint egy hordozható CD lejátszó. Nappal 15 percenként, éjjel félóránként mérést végez. Az orvos a sok-sok mérést (ha jól sikerül a vizsgálat kb. 80-at) egy számítógépes program segítségével kiértékeli. Ebből látszik, hogy tényleg jól van-e beállítva a vérnyomás. Hát nekem nem volt. Az éjszakai értékek magasabbak voltak a normálisnál. Az orvosom szerint ez abból eredhet, hogy horkolok. Kérdezte, hogyan alszom, amire azt válaszoltam, hogy köszönöm nagyon jól. Még sokszor napközben is elalszom, olyan álmoság jön rám munkahelyemen, autóvezetés közben stb.. Ez nagyon veszélyes és annak a jele, hogy éjjel nem alszik jól -mondta orvosom. Meglepődtem, mert eddig azt hittem, hogy a horkolás a mély alvás jele, így minden rendben van. Hát nincs, mert kiderült, hogy a horkolási hang előtt nem veszek levegőt több másodpercig. Ez egy éjszaka során több százszor ismétlődik. Nagyon káros a szervezetre, mert ilyenkor nem kapok levegőt, oxigén hiányos állapotban vagyok. Olyan, mintha víz alatt fuldokolnék egész éjszaka. Ez a stressz olyan reakciókat indít be, aminek végeredménye a magasvérnyomás. De káros lehet a szív működésekre szívritmuszavarokat okozva, az agyamra, memória zavart okozva.

Orvosi nyelven a betegséget alvási apnoenak hívják, rövidítve OSAS. Oka, hogy a légutamat nyomja a vastag nyakam, a tokám. A nagy hasam fekvéskor a rekeszemet a mellkasom felé nyomja, ezzel a tüdőmet is összenyomja. Megtudtam azt is, hogy hosszú távon ugyanolyan szív-érrendszeri rizikófaktor, mint a többi már ismertebb veszélyeztető tényező ( koleszterin, triglicerid, húgysav, vércukor, elhízás, haskőfogat ).

Az is nyilvánvalóvá vált, hogy betegségem a volán mögötti lételemet is veszélyeztetheti, elalvásos balesetet okozva. A jogosítvány hosszabbítása előtt mindenképpen esedékes a vizsgálat, mert csak kezelt OSAS-al hosszabbítják meg a jogosítványomat.

Mivel kezdett aggasztani a probléma, megkérdeztem, hogyan lehetne kimutatni, hogy biztosan van-e nekem ez a betegség. Alváslaboratóriumba kell menni, ott tölteni egy éjszakát, -hangzott a válasz. Egy poliszomnogramnak nevezett készüléket helyeznek fel, amely egészen

éjszaka méri a különféle paramétereket. Nem zavaró az eszköz, lehet tőle aludni. Reggel kiértékelik, és az eredménytől függően döntenek a terápiáról.

Enyhébb esetben csak életmódváltást javasolnak, például fogyást, -ami az én esetemben éppen aktuális, - súlyosabb esetben gyógyszert vagy szájprotézist írnak fel. A legsúlyosabb OSAS-ban egy orrmaszkot (CPAP) kell használni alvásakor. Ez olyan nyomással juttatja be a levegőt a légutakba, ami megszünteti a légzéskimaradásokat, és az ezt kísérő hangos légvételeket, horkolást.

Az eredmény jó alvásminőség, pihentető alvás, a nappali aluszékonyság elmaradása.

Megszabadulhatok azoktól a veszélyektől is, amit az OSAS hosszú távú fennállása okozhat. Végre a szervezetem fellélegezhet, a vérnyomásom nemcsak nappal, hanem éjszaka is normális szinten lesz majd. Kisebb az esélye, hogy infarktust, stroke-t kapjak.

Bejelentkeztem a vizsgálatra annak reményében, hogy ha megszűnik a horkolásom, akkor a feleségem is visszaköltözik mellém, a rég elhagyott hívési ágyba a szomszéd szobából. Talán lesz értelme, mert a szexuális teljesítő képességem újból a régi lesz (vagy jobb?!).

Reménykedem abban is, hogy a nappali közérzetem is élénkebb, frissebb lesz, és bátran ülhetek a volán mögött is.

Hát ennyi biztató reményében, igazán megéri, ha kell egy orrmaszkkal aludni éjszakánként, ugye?

-----

Az alábbi két eset azt példázza, hogy akkor is **Obstruktív Alvási Apnoe betegség (OSAS)** lehet a beteg panaszainak oka, amikor diagnosztikus gondolatmenetünk nem biztos, hogy erre gondol.

### **1.eset**

V.Lné 73 éves páciens keresett fel azzal a panaszával, hogy reggelre szája kiszárad, sőt sokszor éjjel is arra ébred, hogy „összetapad a szája”. Emiatt alvása töredezett, nem ébred kipihenten. Külleme alapján biztosan nem gondoltam volna alvási apnoéra, mert nem rendelkezett a klasszikus jellemzőkkel. Vékony volt, derék és nyakkörfogata normális, fürge, gyors mozgású, és gondolkodású asszonyt ismertem meg.

Kivizsgálása során laboratóriumi vizsgálatokat kértem, melyben panaszait magyarázó eltérést nem találtam. Megmutattam fül-orr-gégésznek, hogy nincs-e olyan obstrukció, amely akadályozza az orrlégzését. Ez a vizsgálat is negatív eredményt hozott.

ABPM vizsgálatot végeztem, amely non-dipper hipertóniát mutatott. Ismert volt már korábbról magasvérnyomása, de úgy tűnt, hogy célértékeken mozog. De, az ABPM bebizonyította, hogy az éjszakai értékek kórosak. Hullámzó a görbe, nagy a vérnyomás ingadozása, és hajnalban több igen magas érték is mutatkozott.

Mіндеzek ismeretében, erős gyanúm volt, hogy OSAS áll betegem panaszainak hátterében. Alváscentrumba küldtem, hogy ott igazolják, vagy zárják ki feltételezésemet.

Pár hét múlva megtörtént a poliszomnográfias vizsgálat, mely egyértelműen kimutatta a súlyos alvási apnoe szindrómát. CPAP titrálás következett, melynek során beállították azt a nyomást, amely szükséges erővel nyomja a levegőt a légutakba. Ez mintegy kisámfázza a szűkebb légutakat, szabad áramlást biztosítva ez által a levegőnek.

Azóta 1 év telt el. Páciensem a készüléket megszokta, örömmel használja. Elmondása szerint, szájszárazsága megszűnt, jól alszik, éjszakai vérnyomáskiugrásai normalizálódtak.

Az Alvás Centrum még félévente ellenőrzi, hozzám háromhavonta jár.

A másik páciens hat éve ismerem. Az akkor 44 éves férfi normális testalkatú, magas, kisportolt, normál derékkörfogattal, és nyakkörfogattal rendelkezik.

Panasza nehezen beállítható vérnyomása és alvásmennyiségéhez képest indokolatlan aluszékonyága volt. ABPM vizsgálata non-dipper hipertóniát mutatott, más kóros eltérést nem találtam.

Ennek alapján Alvás Centrumba küldtem. A polyszomnográfias vizsgálat igazolta a súlyos OSAS diagnózisát. CPAP készüléket kapott, melyet azóta is nagy örömmel használ. Azért használja szívesen, mert - ahogy fogalmaz-, azóta megváltozott az életminősége. Elképzelni sem tudta, hogy lehet ilyen kipihent, élénk életet is élni! Vérnyomását könnyedén beállítottam, rendben van. CPAP ellenőrzésre évente, hozzám háromhavonta jár. A most 50 éves férfi az egészségesek teljes életét éli. Felelős beosztásban egy nagy céget vezet, a volán mögött is bátran ül, hiszen nem törnek rá álmosság percek.

Mindkét eset azt példázza, hogy gondoljunk olyankor is OSAS-ra, ha nem „tipikus” a páciens. Hiszen ott lehet ez a betegség akkor is, ha nem rendelkeznek az illető az elhízás, a vastag nyak, a nagy pocak, és kóros metabolikus jellemzőkkel!

### Összefoglalás

Az obstruktív alvási apnoe (OSAS) gyakori kórkép, az életminőséget jelentősen rontja, súlyos szövődeményekkel járhat, ugyanakkor még nagymértékben aluldiagnosztizált és alulkezelt.

Az OSAS, a hypertonia és a metabolikus szindróma egyéb komponensei között szoros és független kölcsönhatás igazolódott. A 2008. évi Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferencián az OSAS az újabb (emerging) kockázati tényezők között jelentős hangsúlyt kapott: az új kardiometabolikus rizikófaktorok közé sorolták, kiemelve azt, hogy az OSAS nemcsak kockázatjelző, hanem bizonyos súlyossága esetén (apnoe-hypopnoe index >30/óra) nagy cardiovascularis rizikót okozó kórkép. Szerepe jelentős a miocardialis infarctus, különböző ritmuszavarok, stroke és elalvásos közlekedési balesetek létrejöttében.

Az új európai OSAS- és a társuló hypertonia ajánlás szerint az OSAS felismerésére, valamint az OSAS-hoz társuló hypertonia diagnózisára és adekvát kezelésére nagyobb figyelmet kell fordítani. Együttes előfordulás esetén a hypertonia gyakran non-dipper és terápia-rezisztens.

Szűrése alapellátási feladat, míg a további kivizsgálása és kezelése, a hypertonia, - és az alvásközpontokban történik.

Az OSAS szűrése és gondozása ma már a gépjármű alkalmassági vizsgálat során is fontos szerepet kap.

Az OSAS megfelelő kezelésével a betegek cardiovascularis kockázata csökkenthető.