

3.1.5. Epidemiologia

OBS jest najczęstszym zaburzeniem oddychania podczas snu i drugą po astmie najczęściej występującą chorobą oddychania. Przyjmując $AHI \geq 5$ w połączeniu z nieodpartą sennością dzienną jako kryterium rozpoznania, Terry Young i wsp. ujawnili OBS u około 4% mężczyzn i 2% kobiet.

Wzrastający w populacji ogólnej odsetek osób z nadwagą (jako główny czynnik ryzyka OBS) spowodował, że odsetek przypadków spełniających wyżej wymienione kryteria rozpoznania wzrasta odpowiednio do 14% i 5%, a przy zastosowaniu kryterium $AHI > 15$ wynosi 13% u mężczyzn i 6% u kobiet. W polskim badaniu epidemiologicznym (676 badanych) stwierdzono OBS (przy kryterium $AHI > 10$ przy obecności objawów senności dziennej) u 11,2% mężczyzn i u 3,4% kobiet.

3.1.6. OBS w wybranych subpopulacjach

Niektóre subpopulacje stanowią grupy wysokiego ryzyka występowania OBS. Są to osoby z chorobami układu krążenia, cukrzycą, endokrynopatiami, niewydolnością nerek oraz depresją. Ryzyko jest najsilniej wyrażone u chorych ze współistniejącą otyłością.

Związek OBS z chorobami sercowo-naczyniowymi został dobrze udokumentowany. Około połowa chorych na nadciśnienie tętnicze ma również OBS. Z drugiej strony OBS jest bardzo częstą przyczyną nadciśnienia wtórnego i jednocześnie opornego na leczenie. Siła związku nadciśnienia tętniczego z OBS jest szczególnie duża w wieku średnim. U osób z nocnymi zaburzeniami przewodzenia i rytmu serca bardzo często stwierdzono OBS (32–49% osób z migotaniem przedsionków – AF). Jednocześnie u osób z OBS częściej niż u osób bez zaburzeń oddychania (4,8% vs 0,9%; $p = 0,003$) potwierdzono obecność AF. Nieleczony OBS sprzyja nawrotom AF po pierwotnie skutecznej kardiowersji. Także chorzy po incydencie niedokrwiennym mózgu są w grupie wysokiego ryzyka OBS. W kohortach osób po przebytych udarach mózgu częstość występowania OBS jest wyjątkowo wysoka i wynosi 38–74%. Obecność OBS stanowi niezależny czynnik ryzyka chorób naczyniowych mózgu i zwiększa trzy- lub czterokrotnie ryzyko udaru mózgu (przy $AHI > 20$).

W grupie chorych na cukrzycę typu 2 OBS może występować nawet u 58% osób, a w przypadku współwystępowania otyłości nawet u 87%. Neuropatia cukrzycowa zwiększa ryzyko OBS.

Chorzy na przewlekłą chorobę nerek to kolejna grupa o wysokim stopniu ryzyka OBS. Jego częstość zwiększa się wraz ze spadkiem filtracji kłębkowej. W schyłkowej niewydolności nerek występuje u około 50% chorych.

Niektóre endokrynopatie współwystępują z OBS. Wśród chorych na niedoczynność tarczycy odsetek ten wynosi 2–13%. Akromegalia to choroba rzadka, ale jej związek z OBS jest bardzo wysoki (13–81%).

Duża częstość występowania OBS dotyczy osób z depresją (11–18%). Z drugiej strony u chorych na OBS cechy depresji występują u 63% osób. Nowo zdiagnozowani i nieleczeni pacjenci z OBS są dwukrotnie bardziej narażeni na depresję w ciągu pierwszego roku obserwacji w porównaniu z grupą kontrolną. Silny związek OBS i depresji może wynikać z fragmentacji snu przez zdarzenia oddechowe i zmianę produkcji neuroprzekazników lub reaktywności ich receptorów, jednocześnie leki antydepresyjne mogą zwiększać masę ciała chorych na depresję i w ten sposób zwiększać u nich ryzyko OBS.

3.1.7. Czynniki ryzyka OBS

Płeć

OBS przed 50. rokiem życia występuje dwa razy częściej u mężczyzn niż u kobiet. W wieku późniejszym ryzyko jest podobne, gdyż menopauza u kobiet zwiększa je. Natomiast hormonalna terapia zastępcza może stanowić działanie ochronne. Najliczniejszą grupą chorych na OBS są otyli mężczyźni w wieku 40–70 lat. Różnice w występowaniu OBS, zależne od płci, mają związek z różną wrażliwością ośrodka oddechowego mężczyzn i kobiet na hipoksemię i hiperkapnię oraz z odmienną dystrybucją tkanki tłuszczowej.

Wiek

U mężczyzn > 40. roku życia, u kobiet > 50. roku życia.

Otyłość

Jest bardzo silnym, a jednocześnie modyfikowalnym czynnikiem ryzyka OBS. Ponad połowa osób z OBS ma otyłość według kryterium BMI. Ryzyko zwiększa się wraz ze wzrostem masy ciała. Przyrost masy o 10% zwiększa ryzyko OBS sześciokrotnie. U osób z OBS wzrost lub spadek masy ciała o około 1% wiąże się z trzyprocentowym wzrostem lub zmniejszeniem AHI. Konsekwencje zmiany wagi są bardziej widoczne u mężczyzn niż u kobiet.

Istotne znaczenie ma również rozmieszczenie tkanki tłuszczowej. Umieszczenie jej w obrębie szyi sprzyja zmniejszaniu światła górnych dróg oddechowych. Dlatego jako czynnik ryzyka wskazuje się obwód szyi > 43 cm u mężczyzn i > 40 cm u kobiet. U osób otyłych, w pozycji leżącej na wznak, efekt grawitacyjny dodatkowo zwiększa ciśnienie wywierane na gardło przez tkanki szyi, co ułatwia jego zapadnięcie podczas wdechu.