

ОЖИРЕНИЕ И СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА В ТРУДОСПОСОБНОМ ВОЗРАСТЕ

*Казанский государственный медицинский университет, г. Казань
кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики*

Нуриева А.Р., Синеглазова А.В.

albina-rashidovna@mail.ru

На сегодняшний день синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) и ожирение являются взаимоотноотягочающими состояниями [1]. При их одномоментном сочетании значительно повышается кардиометаболический риск [2]. В связи с низкой доступностью в реальной клинической практике полисомнографии для выявления лиц с потенциальным СОАС рекомендовано применение валидированных опросников [3]. Изучение их результатов в сопоставлении с фенотипами ожирения представляет несомненный интерес.

Цель. Изучить частоту встречаемости синдрома обструктивного апноэ сна по результатам анкетирования у лиц с различными типами ожирения.

Материал и методы. В исследование по типу «случай-контроль» по наличию экзогенно-конституционального ожирения (ЭКО) на базе ООО Консультативно-диагностического центра Авиастроительного района города Казани включено 273 пациента в возрасте 38,0 [33,0-47,0] лет. Исключены пациенты с кардиометаболическими заболеваниями, вторичными причинами ожирения, с функциональной недостаточностью органов и систем. Соотношение мужчин и женщин составило 47,6% и 52,4%. Обследование включало анкетирование по шкалам Эпворта и STOP-BANG, антропометрию и биоимпедансометрию. Вероятный СОАС определен при одномоментном сочетании высокого риска по шкале STOP-BANG и более 9 баллов по шкале Эпворта [4]. Наличие ЭКО и абдоминального ожирения (АО) оценено в соответствии с рекомендациями [5]. Повышенный уровень висцерального жира (ПУВЖ) соответствовал значениям от 13 до 59.

Пациенты разделены на группы: без АО и ПУВЖ с нормальным индексом массы тела (N ИМТ) (n=72; 26,4%), с избытком массы тела (ИзМТ) (n=36; 13,2%) и с ЭКО (n=4; 1,5%); с АО без ПУВЖ с N ИМТ (n=18; 6,6%), с ИзбМТ (n=60; 22,0%) и с ЭКО (n=59; 21,6%); с ПУВЖ, АО и ЭКО (n=24; 8,8%).

Статистическая обработка проведена в программе IBM SPSS Statistics 26. Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты. Согласно шкале STOP-BANG каждый пятый обследуемый (n=52; 19,0%) имел высокий риск наличия сонного апноэ, в 12,1% случаев (n=33) – средний риск, в 68,9% случаев (n=188) – низкий риск.

Более 9 баллов по шкале Эпварта набрали 21,2% пациентов (n=58). У половины обследуемых (n=154; 56,4%) набранные баллы соответствовали от 3 до 8 баллов. Вероятный СОАС по результатам обоих опросников диагностирован у каждого 12 обследуемого (n=22; 8,1%).

Сравнительный анализ показал, что у каждого третьего пациента с ПУВЖ, АО и ЭКО вероятный СОАС был диагностирован чаще (n=8; 33,3%), чем у лиц без ПУВЖ с АО и ИзМТ (n=4; 6,7%, $p=0,008$) и ЭКО (n=7; 11,9%, $p=0,050$), а также достоверно чаще по сравнению с пациентами без АО и ПУВЖ с N ИМТ (n=1; 1,4%, $p<0,001$) и ИзМТ (n=1; 2,8%, $p=0,007$). В группе пациентов с ЭКО без АО и ПУВЖ вероятный СОАС встречался у каждого четвертого (гр.3 n=1; 25,0%), что было статистически чаще по сравнению с лицами N ИМТ (гр1, $p=0,015$).

Методом бинарной логистической регрессии была составлена модель наличия СОАС с учетом показателей антропометрии и биоимпедансного анализа ($p<0,001$). Общая процентная доля правильно распределенных пациентов - 91,9%. Исходя из значения коэффициента детерминации Найджелкерка, модель учитывает 27,6% факторов, определяющих развитие СОАС, $\chi^2 - 34,364$.

Вероятный СОАС = $1,031 \times \text{пол} + 0,285 \times \text{УВЖ} - 5,726$,

где пол пациентов (0 - женский, 1 - мужской), УВЖ – уровень висцерального жира, выявленный биоимпедансным методом.

Исходя из значений регрессионных коэффициентов, увеличение уровня висцерального жира на 1 единицу повышает вероятность наличия СОАС в 1,33 раза (95% ДИ: 1,178-1,502).

Заключение. У относительно здоровых лиц молодого и среднего возраста вероятный СОАС диагностирован в 8,1% случаев. Значительно чаще СОАС выявлен у лиц с повышенным уровнем висцерального жира, абдоминальным и экзогенно-конституциональным ожирением. Согласно регрессионному анализу, основной вклад в наличия СОАС вносил уровень висцерального жира.

Список литературы:

1. Kuvat N. The relationship between obstructive sleep apnea syndrome and obesity: A new perspective on the pathogenesis in terms of organ crosstalk. N. Kuvat, H. Tanriverdi, F. Armutcu. Clin Respir J. 2020; 14(7): 595-604. doi:10.1111/crj.13175
2. Концепция новых национальных клинических рекомендаций по ожирению. Е. В. Шляхто, С. В. Недогода, А. О. Конради [и др.]. Российский кардиологический журнал. 2016; 4: 7–13.
3. Синдром обструктивного апноэ сна: диагностика и консервативное лечение. Позиция невролога. Методические рекомендации под редакцией А.И. Крюкова. Москва. 2020; 25 с.
4. Chung F. STOP-Bang Questionnaire: A Practical Approach to Screen for Obstructive Sleep Apnea. F. Chung, H.R. Abdullah, P. Liao. Chest. 2016; 149(3): 631-638. doi:10.1378/chest.15-0903
5. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. F. L. J. Visseren, F. Mach, Y. M. Smulders [et al.]. Eur. J. Prev. Cardiol. 2022; 29(1): 5–115.

Как цитировать:

Нуриева А.Р., Синеглазова А.В. Ожирение и синдром обструктивного апноэ сна в трудоспособном возрасте. Материалы ежегодной Всероссийской научно-практической конференции "Коморбидность: междисциплинарный подход". Барнаул. Scientist. 2023; 3 (25): 37-39.
