

М.Д. Попова¹, А.Л. Калинин²
**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ
РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННЫМИ
С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА**

¹ ФГБУЗ ЦМСЧ №119 ФМБА России, г. Москва,

² Центр медицины сна, Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России, г. Москва

Приведено описание клинического наблюдения нарушений ритма и проводимости сердца, ассоциированных с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС). СОАС - состояние, характеризующееся наличием храпа, периодическим спадением верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращением легочной вентиляции при сохраняющихся дыхательных усилиях, снижением уровня насыщения гемоглобина крови кислородом, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью. Диагноз СОАС является клиническим, однако для его подтверждения необходимо проведение полисомнографического исследования. Наиболее современным методом лечения СОАС является лечение постоянным положительным давлением в дыхательных путях («СИПАП»-терапия от англ. «CPAP» – continuous positive airway pressure).

Ключевые слова: нарушения ритма сердца и проводимости, синдром обструктивного апноэ сна, полисомнография, «СИПАП»-терапия.

M.D. Popova, A.L. Kalinkin
**QUALITY OF LIFE AND TACTICS OF MANAGING PATIENTS
WITH DISTURBANCES OF RHYTHM AND CONDUCTIVITY OF THE HEART
ASSOCIATED WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME**

The description of clinical observation of violations of heart rhythm and conductivity associated with the obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) is provided. OSAS is a condition characterized by snore, recurrent fall of the upper respiratory ways at the level of a throat and termination of pulmonary ventilation at remaining respiratory efforts, decrease in level of saturation of hemoglobin of blood by oxygen, rough sleep fragmentation and excessive day drowsiness. The diagnosis of OSAS is clinical; however, confirmation of the diagnosis requires a polysomnographic research. The up-to-date method of OSAS treatment is continuous positive airway pressure therapy ("CPAP" - therapy).

Key words: violations of heart rhythm and conductivity, obstructive sleep apnea syndrome, polysomnography method, continuous positive airway pressure, "CPAP" - therapy.

В нашей стране в последние годы динамично развивается новый раздел медицины – сомнология, который занимается изучением сна, нарушениями сна, их влиянием на здоровье человека и их лечением.

Ежедневно на приём к врачам терапевту и кардиологу обращаются пациенты с жалобами на общую слабость, снижение работоспособности, периодические повышения АД, головные боли, перебои в работе сердца, сонливость днём, раздражительность, при расспросе можно выяснить дополнительные жалобы, такие как сильный храп, наличие остановок дыхания во время сна (со слов окружающих), частые пробуждения во сне, снижение потенции, увеличение массы тела. Казалось бы, жалобы неспецифические, но значительно снижающие качество жизни пациента и, что немаловажно, трудно поддающиеся медикаментозной терапии. Возникновение этих проблем зачастую обусловлено нарушениями сна.

В настоящем сообщении представлен клинический случай нарушений ритма и проводимости сердца, причиной которых явился синдром обструктивного апноэ сна (СОАС).

Материал и методы

Пациент Б., 38 лет, находился на стационарном лечении 19.04.- 25.04.2013г. в ФНКЦ

ФМБА России. При поступлении предъявлял жалобы на головокружения, выраженную слабость, потливость, повышения АД, периодически головные боли, эпизоды потери сознания.

Из анамнеза: с апреля 2012г. периодически стали появляться приступы внезапного засыпания (максимальной длительностью до 1,5 часа), которые расценивались окружающими как приступы потери сознания. Летом 2012г. проходил обследование. Со слов пациента патологии не выявлено (суточное мониторирование ЭКГ не проводилось). Приступы засыпания прогрессивно учащались в течение года. Последние 1,5 месяца произошло ухудшение в течении заболевания – эпизоды засыпания происходили ежедневно до 2-3 раз в сутки (что вызывало со слов пациента повышенный интерес и шутки со стороны сослуживцев, наблюдавших как сотрудник "спит" на рабочем месте). В течение последних 1,5 года пациент отмечает повышения АД до 140/100 мм рт. Ст., субъективно повышение АД не ощущает, увеличился вес на 20 кг.

Пациент консультирован в НЦССХ им. Бакулева в начале апреля 2013г. – по данным суточного мониторирования ЭКГ от 19.04.2013 зарегистрированы а-в блокада 3-й

степени, с-а блокада 2-й степени с паузами более 5 секунд. Направлен на госпитализацию в Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России (ФНКЦ) с целью дообследования в сомнологическом центре.

Пациент с 19.04.2013г находился в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) ФНКЦ.

При осмотре: телосложение гиперстеническое, избыточное питание, абдоминальный тип ожирения. При проведении ЭхоКГ с цветным доплеровским сканированием 19.04.2013 г. – визуализация умеренно затруднена. Аорта не расширена, стенки незначительно уплотнены, створки клапанов не изменены. Камеры сердца не расширены. Митральная регургитация 1-й степени, трикуспидальная регургитация 1-й степени, легочная регургитация 0-1. Признаков легочной гипертензии не выявлено. Систолическое давление в лёгочной артерии 23 мм рт. Ст. (норма). Диастолическая функция миокарда левого желудочка нарушена по типу замедленной релаксации. Зон нарушения локальной сократимости не выявлено. Глобальная сократимость миокарда в норме, фракция выброса 63%.

В ходе динамического наблюдения в ОРИТ во время сна зафиксированы эпизоды а-в блокады 2-3-ей степеней, заподозрен синдром обструктивного апноэ сна (СОАС). Начат сеанс неинвазивной вентиляции легких, на фоне которой а-в блокады больше не регистрировались.

Пациент был консультирован аритмологом, сомнологом.

Консультация сомнолога была проведена в отделении реанимации. При расспросе были выявлены жалобы на громкий прерывистый храп, остановки дыхания (со слов окружающих), неудовлетворенность сном, дневную сонливость, повышение АД, приступы внезапного засыпания (включая и за рулем).

Клинический диагноз: синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна. Альвеолярная гиповентиляция на фоне ожирения. Гиперкапническая дыхательная недостаточность (по результатам анализов газов артериальной крови).

В результате проведенного консилиума пациент переведён в отделение кардиологии. 22.04.2013 г. в связи с тяжестью состояния пациенту была инициирована респираторная поддержка без предварительного полисомнографического исследования. Учитывая нали-

чие альвеолярной гиповентиляции и гиперкапнической дыхательной недостаточности, было принято решение об использовании двухуровневой вентиляции (аппарат VPAP S (S9), ResMed), а не «СИПАП»-терапии, которая в данном случае могла быть недостаточно эффективной, а в некоторых случаях даже приводить к ухудшению состояния. Подобран режим вентиляции IPAP = 16 см вод. ст., EPAP = 12 см вод. ст. IPAP_{min} = 0,5 с. Утром при считывании данных с прибора - TV_{95%} – 520 мл, число спонтанных дыхательных циклов равно 99%. Остаточный ИАГ составил 1,5 часа.

Результаты

Клинический эффект хороший. Отмечались значительное улучшение общего самочувствия, нормализация АД, в течение дня сонливость не наблюдалась. В ходе проведения контрольного суточного мониторирования ЭКГ 23-24.04.2013г. выявлено: ритм синусовый с ЧСС 50-115 в мин, среднее значение ЧСС в дневные и ночные часы в пределах нормы (82-63 в мин), зарегистрированы 7 предсердных экстрасистол. Ишемические изменения на ЭКГ не обнаружены.

Пациент выписан из стационара в удовлетворительном состоянии, рекомендовано проведение ежедневно двухуровневую вентиляцию по жизненным показаниям, наблюдение кардиолога, контроль суточного мониторирования ЭКГ через 1 месяц.

В ходе амбулаторного наблюдения со слов пациента приступы засыпания после начала использования аппарата неинвазивной вентиляции не возникают, повысилась работоспособность. При контрольном суточном мониторировании ЭКГ 29-30.05.2013г.: ритм синусовый, выраженная синусовая аритмия в ночное время, в ночной период регистрировалась а-в блокада 1-й степени (04ч.10мин. – 5ч.15мин., во время контрольного сна без аппарата), среднесуточная ЧСС 84 уд./мин, минимальная 47 уд./мин, максимальная 120 уд. в мин. Зарегистрировано 30 (17 ночью) одиночных политопных суправентрикулярных экстрасистол (максимальное количество в час во время сна без использования аппарата), 2 (1 ночью) парных, 2 (1 ночью) одиночных полиморфных желудочковых экстрасистол. Значимого смещения сегмента ST не выявлено, циркадианный индекс снижен – 1,20. Вариабельность ритма нормальная.

Обсуждение

Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) [1,3] – состояние, характеризующееся наличием храпа, периодическим спадением

верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращением легочной вентиляции при сохраняющихся дыхательных усилиях, снижением уровня насыщения гемоглобина крови кислородом, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью. На рис. 1. представлен фрагмент кардиореспираторного исследования (наблюдаются эпизоды остановок дыхания обструктивного генеза длительностью до 89 секунд, сопровождаемые эпизодами десатураций и колебаниями ЧСС).

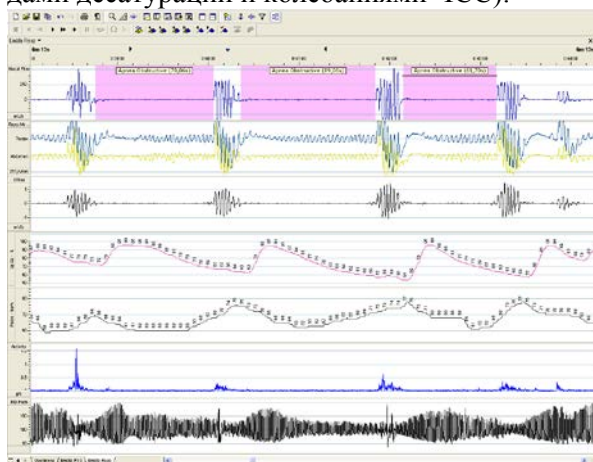


Рис. 1. Фрагмент кардиореспираторного исследования

Наиболее распространена классификация степени тяжести СОАС, основанная на индексе апноэ/гипопноэ (см. таблицу).

Таблица

Классификация тяжести СОАС
на основании индекса апноэ/гипопноэ

Тяжесть СОАС	ИАГ (количество эпизодов апноэ/гипопноэ в час)
Легкая форма	5-14,9
Умеренная форма	15-29,9
Тяжелая форма	30 и более

Диагноз СОАС является клиническим, однако для подтверждения диагноза необходимо проведение полисомнографического исследования [2]. Полисомнография – комплексный метод обследования пациента во время сна, объединяющий в себе регистрацию ЭЭГ, ЭОГ, субментальной ЭМГ, ЭКГ, храпа, носо-ротового потока воздуха, дыхательных движений грудной клетки и брюшной стенки, насыщение гемоглобином крови кислородом, видеомониторирование пациента. Метод поз-

воляет оценить вид дыхательных нарушений, степень отрицательного влияния обструкции верхних дыхательных путей на насыщение крови кислородом (диагностически значимо снижение более чем на 3%), структуру ночного сна и работу сердца (ишемия миокарда, нарушения ритма и проводимости).

Наиболее современным методом лечения СОАС является лечение постоянным положительным давлением в дыхательных путях («СИПАП»-терапия, от англ. «CPAP» – continuous positive airway pressure). Однако в более тяжелых случаях, как, например, у нашего пациента, может использоваться двухуровневая вентиляция, а также другие виды неинвазивной респираторной поддержки (рис. 2).



Рис. 2. Лечение СОАС

Лечение проводится во время сна с помощью небольшого прибора, который подает постоянный поток воздуха под определенным давлением в дыхательные пути через гибкую трубку и носовую или ороназальную маску

Заключение

Представленный клинический случай нарушений ритма и проводимости сердца демонстрирует современные возможности медицины по оптимальной тактике ведения пациентов с СОАС и улучшению их качества жизни и заставляет задуматься о том, что осложненный храп в виде синдрома обструктивного апноэ сна является не только неприятным звуковым феноменом, а, и это очевидно, может представлять собой угрожаемое жизни состояние и значительную социальную проблему – причиной многих автомобильных аварий и производственных травм.

Сведения об авторах статьи:

Попова Мария Дмитриевна – врач кардиолог ФГБУЗ ЦМСЧ №119 ФМБА России. Адрес: 127018, г. Москва, ул. Сущёвский вал, д. 24. E-mail: HlorinaMD@yandex.ru.

Калинкин Александр Леонидович – к.м.н., руководитель Центра медицины сна ФНКЦ ФМБА России. Адрес: г. Москва, бульвар Ореховый, 28. Тел./факс 8 (495) 344 35 97.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А.М., Елигулашвили Т.С., Полуэктов М.Г. Синдром апноэ во сне. – М: Эйдос Медиа, 2002.
2. Калинкин, А.Л. Полисомнографическое исследование // функциональная диагностика. – 2004. – № 2. – С. 61-65.
3. Калинкин, А.Л. Диагностика синдрома обструктивного апноэ/гипопноэ сна методом кардиореспираторного мониторинга // Функциональная диагностика. – 2004. – № 3. – С. 54-62.