



ЛИТЕРАТУРА

1. Особенности хирургического этапа кохлеарной имплантации у лиц, перенесших менингит / О. А. Пашнина [и др.] // Рос. оторинолар. – 2010. – №1 – С. 100–106.
2. Advancement in post-meningitis lateral semicircular canal labyrinthitis ossificans / C. C. Chan [et al.] // J. Laryngol. Otol. – 2007. – Vol. 121, №2. – P. 105–109.
3. Aminpour S., Tinling S. P., Brodie H. A. Role of tumornecrosis factor-alfa in sensoneural hearing loss after bacterial meningitis // Otolaryngol. – 2005. – Vol. 26, №4 – P. 602–609
4. Balkany T., Gantz B. J., Nadol J. B. Multi-channel cochlear implants in partially ossified cochleas // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1988. – №97, Supp. 135 – P. 3–7.
5. Cochlear implantation after bacterial meningitis: the dangers of delay / A. Dodds [et al.] // Arch. Dis. Child. – 1997. – Vol. 76 – P. 139–140.
6. Cochlear implants in children with congenital inner ear malformations / M. Luntz [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1997. – Vol. 123, №9. – P. 974 – 977.
7. Cohen N. L., Waltzman S. Partial insertion on the nucleus multichannel cochlear implant: technique and result // Am. J. Otol. – 1993. – №14 – P. 357–61.
8. CT of postmeningitic deafness: observations and predictive value for cochlear implants in children / M. H. Johnson [et al.] // Am. J. Neuroradiol. – 1995. – Vol. 16 – P. 103–109.
9. Gantz B. J., McCabe B. F., Tyler R. S. Use of multi-channel cochlear implants in obstructed and obliterated cochleas // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1988. – Vol. 98, № 1 – P. 72–81.
10. Labyrinthine ossification after meningitis: its implications for cochlear / M. A. Novak [et al.] // Otolaryngol Head Neck Surg. – 1990. – Vol. 103 – P. 351–356.
11. Nadol J. B., Jr Hearing loss as a sequel of meningitis // Laryngoscope – 1978. – Vol. 88, №5. – P. 739–935
12. Nucleus 22 cochlear implantation results in post meningitis deafness / S. D. Rauch [et al.] // Laryngoscope – 1997. – № 107 – P. 1606–1609.
13. Nucleus double electrode array: a new approach for ossified cochlea / T. Lenarz [et al.] // Am. J. Otol. – 1997. – №18(suppl.) – P. 42–43.
14. Steenerson R. F., Gary L. B. Multichannel cochlear implantation in Children with Cochlear ossification // Am. J. Otol. – 1999. – № 20 – P. 442–444.
15. Surgical techniques for implantation of the totally ossified cochlea / Balkany T. [et al.] // Laryngoscope – 1998. – Vol. 108, №7 – P. 988–992.
16. Weissman J. L., Kamerer D. B. Labyrinthitis ossificans // Am. J. Otolaryngol. – 1993. – Vol. 14 – P. 363–365.

Пашнина Ольга Александровна – очный аспирант Санкт-Петербургского НИИ уха, горла и речи. 190013, СПб.: ул. Бронницкая, 9. 8-812-316-25-01, lor-obhestvo@bk.ru; **Диаб** Хасан – к. м. н., научный сотрудник СПб НИИ ЛОР. 190013, СПб.: ул. Бронницкая, 9. 8-812-316-25-01, lor-obhestvo@bk.ru; **Кузовков** Владислав Евгеньевич – к. м. н., научный сотрудник СПб НИИ ЛОР. 190013, СПб.: ул. Бронницкая, 9. 8-812-316-25-01, lor-obhestvo@bk.ru

УДК: 616. 24-008. 444;616-01

НАБЛЮДЕНИЯ СИМПТОМА СОННОГО АПНОЭ И ХРАПА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

О. Н. Сопко

THE CASES OF SLEEP APNEA SYNDROME AND SNORING IN PATIENTS WITH SYSTEMIC DISEASE

O. N. Sopko

ГОУ ВПО Санкт-Петербургский медицинский университет

им. акад. И. П. Павлова

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

В работе проводится анализ жалоб пациентов с системной патологией на храп и сонное апноэ. Показана высокая информативность методов полисомнографии и кардиореспираторного мониторингирования в установлении диагноза сонного апноэ. Типичные жалобы на храп и сонное апноэ могут быть проявлением системных заболеваний.

Ключевые слова: храп, синдром сонного апноэ, кардиореспираторное мониторингирование, полисомнография.

**Библиография:** 5 источников.

In our work the analysis of studying of the snoring and sleep apnea syndrome of patients with systemic disease is represent. High informative methods of polysomnography and cardiorespiratory monitoring in diagnosis of sleep apnea are shown. Typical complaints of snoring and sleep apnea may be a manifestation of systemic disease.

Keywords: snoring, sleep apnea syndrome, cardiorespiratory monitoring, polysomnography

Bibliography: 5sources.

В последнее время в практике врача-оториноларинголога широкое распространение получила проблема сонного апноэ и храпа [1]. Сталкиваясь с данным видом патологии дыхания во сне, необходимо помнить о диагностических возможностях, позволяющих с высокой долей достоверности установить диагноз и степень патологического состояния, что позволяет определить тактику лечения больного [4].

Ведущим методом в комплексной диагностике парасомний – патологических изменений в системах организма, возникающих во время сна, является полисомнографическое исследование [5]. Однако, полисомнография, как «золотой стандарт» диагностики, все еще является дорогостоящей и трудоемкой методикой. На данном этапе в практике широкое применение находят кардиореспираторное мониторирование и ночная пульсоксиметрия [2]. Диагностические возможности ночного мониторирования состояния дыхания и сердечной деятельности достаточно высоки и позволяют определять расстройства дыхания во сне различной этиологии. Оценивая полученные данные: носоротовой воздушный поток, экскурсию грудной клетки и брюшной стенки, специалист может делать выводы о наличии препятствия дыханию – обструктивного апноэ, либо о дыхательном расстройстве центрального генеза. Обструктивные нарушения характеризуются отсутствием носоротового воздушного потока и сохраненными движениями грудной клетки и брюшной стенки, тогда как при центральных нарушениях на фоне нормального дыхания «выпадают» отдельные дыхательные циклы [3].

В клинической практике доля центрального апноэ невысока и составляет около 10 % [2, 3] и сопровождается тяжелой неврологической патологией, в основном доктора сталкиваются с проявлениями сонного апноэ обструктивного характера.

Установить диагноз сонного апноэ в большинстве случаев достаточно просто, основываясь на жалобах на храп и остановки дыхания во сне, предъявляемые как пациентом, так и его родственниками [1].

Клинический пример 1. Пациент 3-й, 73 лет находился на стационарном лечении в клинике терапии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова в декабре 2007 года по поводу хронической обструктивной болезни легких, гипертонической болезни III ст.

Жалоб со стороны ЛОР-органов активно не предъявлял. Со слов родственников, в течение длительного времени отмечается храп с остановками дыхания во сне. Периодически возникают «подрагивания» на фоне остановки дыхания, а восстановление нормально сна происходит с шумным вдохом.

Данная картина укладывается в состояние обструктивного апноэ сна, при котором происходит обструкция верхних дыхательных путей, преодолеть которую удается только при пробуждении больного, что часто выражается в повышенной двигательной активности.

С целью определения влияния состояния ЛОР-органов на возникновение храпа, пациент был осмотрен оториноларингологом.

ЛОР-статус: передняя риноскопия – слизистая оболочка полости носа розовая, умеренно влажная, перегородка носа искривлена незначительно в нижних отделах, носовое дыхание удовлетворительное с обеих сторон.

Фарингоскопия – зев симметричный, слизистая оболочка задней стенки глотки розовая, умеренно влажная, небные миндалины за дужками, с ними не спаяны, без патологического содержимого в лакунах, налетов нет, язычок увеличен в размере до 1,8х2,6см., при фонации мягкое небо подвижно.



Со стороны других ЛОР-органов – в пределах возрастной нормы.

Клинический диагноз: Гипертрофия небного язычка. Храп. Синдром сонного апноэ.

Учитывая жалобы на беспокойный сон, храп, принято решение о выполнении кардиореспираторного мониторинга во время сна. Общее время исследования составило 10,3 часа, индекс апноэ – гипопноэ 17 соб/час, базальный уровень сатурации 94% с минимальным падением уровня сатурации до 83%. Респираторные события имели четкую взаимосвязь с изменениями сердечного ритма и повышенной двигательной активностью. Обращало на себя внимание выпадение эпизодов дыхательных усилий брюшной стенки и грудной клетки, отсутствие ороназального потока из общего рисунка дыхания.

Клинический диагноз был сформулирован, как синдром сонного апноэ смешанного генеза и рекомендована консультация невролога.

С целью детального изучения характера сна рекомендовано выполнение полисомнографии, консультация невролога.

Консультирован неврологом, установлен диагноз: эпилепсия, назначена антиконвульсантная терапия.

Выраженная дневная сонливость, чувство разбитости по утрам, утренние головная боль, преобладание повышенного артериального давления по утрам являются маркерами частых пробуждений во время сна (arousal), что возникает при обструктивных сонных апноэ, когда мозг «подбуживает» организм, для нормализации дыхания. Фрагментация сна приводит к значительным изменениям в работе систем организма и в том числе к нарушению когнитивных способностей обследуемого[5].

Клинический пример 2. Пациент Ф.-в., 62 лет находился на стационарном лечении в клинике неврологии с диагнозом остеохондроз в ноябре 2007 года. Помимо основных жалоб, больного беспокоила утренние разбитость, «мутность в голове» по утрам, снижение памяти, сердцебиения, изжога, отрыжка, храп в течение последних 20 лет. В анамнезе без особенностей.

Пациент нормостенического телосложения. На момент осмотра патологии внутренних органов не выявлено.

ЛОР-осмотр: передняя риноскопия – слизистая оболочка полости носа розовая, влажная, перегородка носа значительно деформирована в хрящевом отделе с двух сторон. Носовое дыхание умеренно затруднено с обеих сторон.

Со стороны других ЛОР-органов патологии не выявлено.

Больному было проведено полисомнографическое исследование. Общее время, включенное в анализ, составило – 6,6 часа. Установлены следующие индексы: обструктивных апноэ – 4,4 соб/час; центральных апноэ – 7,6 соб/час; смешанные – 1,4 соб/час; индекс апноэ – гипопноэ 13,4 соб/час. Базальный уровень сатурации – 93%, минимальное падение – 81%. Отмечена ночная десатурация с высоким риском кардиоваскулярных осложнений – 4% от времени сна. Выявлены нарушения сердечного ритма на высоте развития остановок дыхания, коррелирующие со степенью снижения насыщения крови кислородом.

Заключение: Данные проведенного исследования позволяют диагностировать нарушения дыхания во время сна смешанного генеза с преобладанием центрального апноэ, средней степени тяжести, приводящее к снижению насыщения крови кислородом.

Учитывая наличие у пациента апноэ обструктивного характера, был проведен подбор терапии постоянным положительным давлением. CPAP-аппарат с функцией C-Flex фирмы Респироникс, использовалась полнолицевая маска full face mask standart RES-Med, Австралия. Подбор аппарата и титрация подаваемого давления производились в автоматическом режиме в течение 10 ночей. Уровни подаваемого положительного давления воздуха были установлены от 4 до 12 см. водного столба. Средний уровень необходимого давления для полного устранения обструктивных апноэ колебался в пределах от 6 до 9 см. водного столба.

На фоне проводимой терапии постоянным положительным давлением пациент не ощутил явного улучшения самочувствия, что по нашему мнению связано с преобладающими центральными апноэ.

Пациент был направлен под наблюдение врачей неврологов, рекомендовано четкое выполнение гигиены сна, избегать приема алкоголя, пищи за 4 часа до сна, препаратов, снижающих мышечный тонус, позиционное лечение – не спать на спине.

Клинический пример 3. В сентябре 2009 года в клинику оториноларингологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова обратился пациент И., 21 года с жалобами на храп в течение 4 лет. Пациент – студент 4 курса медицинского факультета, проходящий ежегодные медицинские профилактические осмотры.

Объективно – правильного нормостенического телосложения, рост 178 см, вес 76 кг. Состояние удовлетворительное.

На момент осмотра патологии ЛОР-органов не выявлено. Незначительное увеличение языка в размере.

Внутренние органы без патологии.

С целью определения степени храпа и количества сонных апноэ пациенту было выполнено кардиореспираторное мониторирование: время обследования – 6,4 ч., индекс апноэ – гипопноэ – 12 соб/час, храп – 10 соб/час, минимальная сатурация – 87 %, базальная сатурация – 97 %, что соответствует средней степени апноэ и средней степени тяжести храпа. Дыхательные усилия грудной клетки и брюшной стенки при отсутствии ороназального воздушного потока, зафиксированные у пациента свидетельствуют о наличии обструктивных апноэ. Единственной выявленной причиной, вызывающей обструкцию верхних дыхательных путей во время сна у данного пациента была определена макроглоссия.

Макроглоссия может быть следствием ряда системных заболеваний – аденомы гипофиза, амилоидоза, миксидемы на фоне гипотиреоза. Пациент был направлен на консультацию невролога и эндокринолога. Выполнено компьютерное томографическое исследование головного мозга, при котором выявлена аденома гипофиза.

Спустя 1 месяц после трансназального удаления аденомы гипофиза, со слов родственников, храп значительно уменьшился, остановки дыхания не зафиксированы.

Мы представили три клинических случая, на примере которых хотели продемонстрировать трудности диагностики сонного апноэ и сопровождающего его храпа. Синдром сонного апноэ и храп могут быть как самостоятельным заболеванием, так и проявлением системной патологии, о чем необходимо помнить практикующему врачу.

Выводы:

Мы считаем нецелесообразным выполнение любого рода хирургических вмешательств даже при наличии типичных жалоб на сонное апноэ без дополнительного обследования пациента во время сна.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабак С. Л. Сонно-зависимые дыхательные расстройства: диагностика, коррекция, реабилитация. С. Л. Бабак. – М., 2000. – 193 с.
2. Блоцкий А. А., Плужников М. С. Феномен храпа и синдром обструктивного сонного апноэ. – СПб.: Спец. Лит., 2002. – 176 с.
3. Вейн А. М., Елигулашвили Т. С., Полуэктов М. Г. Синдром апноэ во сне и другие расстройства дыхания связанные со сном: клиника, диагностика, лечение. – М.: «Эйдос Медиа», 2002. – 322 с.
4. Normann K., Verse T. Surgery for Sleep-Disordered Breathing. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2005. – P. 176.
5. Vanderveken O. Sleep-disordered breathing. – Antwerpen, 2007. – P. 292.

Сопко Ольга Николаевна – сотрудник ЛОР-клиники Санкт-Петербургского ГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, СПб, ул. Льва Толстого д. 6/8, тел.: 8-911-963-33-56, e-mail: sopko@yandex.ru