

Случаи из практики



© АЛЕКСЕЕВА О. В., ШНАЙДЕР Н. А., ДЕМКО И. В., ПЕТРОВА М. М., ЗЕЛЁНЫЙ С. В., МАМАЕВА М. Г.

УДК 616-06: 616.2

DOI: 10.20333/2500136-2017-1-70-73

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У 60-ЛЕТНЕГО МУЖЧИНЫ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

Алексеева О. В.¹, Шнайдер Н. А.¹, Демко И. В.¹, Петрова М. М.¹, Зелёный С. В.², Мамаева М. Г.²

¹ Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, 660022, Российская Федерация;

² Краевая клиническая больница, Красноярск, 660022, Российская Федерация

Резюме. В статье представлен клинический случай поздней диагностики синдрома перекреста – синдрома обструктивного апноэ сна тяжелой степени и хронической обструктивной болезни у 60-летнего мужчины. Для уточнения диагноза потребовался междисциплинарный подход: участие пульмонологов, сомнологов, врачей функциональной диагностики, что позволило достичь состояния компенсации основной и фоновой патологии и улучшить качество жизни пациента.

Ключевые слова: апноэ сна, СОАГС, ХОБЛ, полисомнография, клинический случай.

Для цитирования: О. В. Алексеева, Н. А. Шнайдер, И. В. Демко, М. М. Петрова, С. В. Зелёный, М. Г. Мамаева. Клиническое наблюдение синдрома обструктивного апноэ сна у 60-летнего мужчины с хронической обструктивной болезнью легких. Сибирское медицинское обозрение. 2017; (1): 70-73. DOI: 10.20333/2500136-2017-1-70-73

CLINICAL OBSERVATION OF OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA IN 60-YEAR-OLD MAN WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Alekseeva O. V.¹, Shnayder N. A.¹, Demko I. V.¹, Petrova M. M.¹, Zeljonyy S. V.², Mamaeva M. G.²

¹ V. F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University of Health Ministry of Russia, Krasnoyarsk;

² Clinical Regional Hospital, Krasnoyarsk.

Abstract. The paper presents a clinical case of late diagnosis decussation syndrome - obstructive sleep apnea of serious degree and severe chronic obstructive pulmonary disease in a 60-year-old man. To clarify the diagnosis required a multidisciplinary approach: participation of pulmonologists, somnologists, doctors of functional diagnostics, allowing to reach the state of compensation either the main or the background pathology and improve the patient's quality of life.

Key words: sleep apnea, SOAGS, COPD, polysomnography, clinical case.

For citation: O. V. Alekseeva, N. A. Shnayder, I. V. Demko, M. M. Petrova, S. V. Zeljonyy, M. G. Mamaeva. Clinical observation of obstructive sleep apnea in 60-year-old man with chronic obstructive pulmonary disease. Siberian Medical Review. 2017; (1): 70-73.

DOI: 10.20333/2500136-2017-1-70-73

Сочетание синдрома обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС) и хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) является состоянием взаимного отягощения. Синдром перекреста (overlap syndrome, англ.) определяется как ассоциация обструктивного апноэ во сне (СОАГС) с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) [4]. Пациенты с синдромом перекрёста, в отличие от пациентов с изолированными СОАГС или ХОБЛ имеют худшие показатели ночной гипоксемии и гиперкапнии, у них быстрее развивается легочная гипертензия (ЛГ) и хроническая дыхательная недостаточность [1]. Это впечатляет, поскольку синдром перекрёста ассоциирован с повышенным риском смерти от сердечно-сосудистых осложнений по сравнению с изолированной ХОБЛ [8]. Кроме того, в отличие от пациентов с ХОБЛ, указанные осложнения у пациентов с синдромом перекрёста развиваются в более

ранние сроки. Ночная гипоксемия у них чаще всего является результатом комбинации двух причинных факторов, поскольку степень ее выраженности превосходит значение гипоксемии пациентов, имеющих лишь одну из указанных патологий [2]. У пациентов с синдромом перекреста доказан более высокий риск внезапной смерти во сне [9]. Согласно результатам исследований, распространенность синдрома перекреста в общей популяции взрослых людей составляет 1% [5], среди больных ХОБЛ СОАГС встречается не чаще, чем в общей популяции взрослых людей: у 1-5% мужчин и 0,5-2% женщин [6]. Однако за последние 25 лет произошли изменения в диагностике, определении и оценке критериев степени тяжести как ХОБЛ, так и СОАГС. Накапливается всё больше данных, что СОАГС гораздо чаще регистрируется у пациентов с ХОБЛ [7]. Диагностика, лечение и прогноз ночных церебральных

и сердечно-сосудистых событий у пациентов среднего и пожилого возраста требует взвешенного и междисциплинарного подхода, включая использование современных и высокоинформативных методов функциональной диагностики, в том числе видео-ЭЭГ-мониторинга сна, полисомнографии (ПСГ) или кардиореспираторного мониторинга (КРМ) [3].

Клинический случай. Мужчина, 1954 года рождения, впервые обратился в Неврологический центр эпилептологии, нейрогенетики и исследования мозга Университетской клиники (далее – НЦ УК) в июне 2014 г. Пациент направлен пульмонологом с целью исключения СОАГС.

Из анамнеза жизни: пенсионер (по выслуге), не работает; до выхода на пенсию служил во внутренних войсках; работа была ассоциирована с психоэмоциональными перегрузками, недосыпанием, переохлаждением. Стаж курения 42 года, 20 сигарет в день. Индекс курильщика: 42.

Из анамнеза болезни: С 1999 г. у мужчины отмечался постоянный кашель с отделением мокроты слизистого характера. С 2010 г. отметил появление редких эпизодов приступов затруднённого дыхания с дистанционными хрипами во время ночного сна. С 2011 г. стала нарастать одышка. Храп отмечается много лет. Со слов близких, остановки дыхания во время ночного сна и нарастающая дневная сонливость у мужчины впервые замечены с 2011 г. В 2012 г. пациент отметил появление отёков на голенях. Обследование и лечение проводилось в отделении сосудистой хирургии ККБ, где выставлен диагноз: варикозная болезнь нижних конечностей. Ухудшение самочувствия с января 2014 г.: нарастание одышки, снизилась толерантность к физической нагрузке, появились массивные отёки на нижних конечностях. На фоне усиления одышки стал отмечать эпизоды по типу пароксизмов сужения уровня сознания, нарушение контакта пациента с окружающими и контроля за собственными действиями. Со слов жены, подобные приступы в течение года, чаще регистрировались при пробуждении во время ночного сна. Днём события ночи амнезирует. В мае 2014 г. направлен в ККБ и госпитализирован в пульмонологическое отделение. На 2-й день госпитализации прогрессировала дыхательная недостаточность с развитием психомоторного возбуждения в дневное время суток. Пациент переведён в реанимационное отделение, где, ввиду выраженных явлений дыхательной недостаточности (ДН), проводилась искусственная вентиляция лёгких (ИВЛ).

Пациент обследован во время дальнейшего лечения в пульмонологическом отделении. Рентгенография лёгких: усиление лёгочного рисунка с обеих сторон. ЭхоКГ: признаки лёгочной гипертензии 1 степени (СДЛА 35-40 мм рт. ст.). Так же визуализируются расширенные полости левого предсердия, правого предсердия, левого желудочка, правого желудочка. Сократительная способность миокарда снижена: фракция выброса сердца (ФВ) по Симпсону – 47%. При мультисрезовой спиральной компьютерной томографии (МСКТ) головного мозга выявлены признаки умеренно выраженной внутренней заместительной неоклюзионной смешанной гидроцефалии. На фоне проводимого лечения достигнуто улучшение состояния.

В связи с нарушением дыхания во время ночного сна, рекомендована консультация сомнолога, во время которой

пациент отметил, что громкий храп в любом положении тела у него отмечается с 2011 г. Так же его близкие в течение 2-х лет стали замечать у мужчины непродолжительные остановки дыхания во сне. С этого же времени появилась выраженная дневная сонливость – пациент может уснуть в положении сидя на стуле, на диване, вследствие чего во время сонных атак неоднократно падал на пол. Оценка сонливости по шкале Эпворта составила 15 баллов, что соответствует выраженной дневной сонливости. При объективном осмотре: вес 94 кг, рост 159 см, индекс массы тела (ИМТ) 37 кг/м². Кожные покровы с акроцианозом, визуализируются множественные переменных размеров гематомы в разной стадии обратного развития на волосистой части головы, на руках, асептическая повязка на спинке носа (ушиб вследствие травматизации носа при падении вперед во время сонных атак). Дыхание через нос не затруднено. Глоточное кольцо сужено за счёт общего ожирения (класс III по Маллампати). Нёбный язычок удлинён, гипотоничен. С целью уточнения степени тяжести и характера апноэ рекомендовано проведение ПСГ: зарегистрировано 439 эпизодов дыхательных нарушений (рис. 1), из них 388 эпизодов обструктивного апноэ с максимальной продолжительностью до 70 секунд, 19 эпизодов гипопноэ с максимальной продолжительностью до 74 секунд. Храп регистрировался в положении пациента лёжа на спине в течение 18 минут (5% времени обследования). Средние показатели насыщения крови кислородом в течение исследования умеренно снижены – 85% (норма 95% и более). Минимальная сатурация достигала до критических значений – 64%. Данные гипнограммы характеризовались нарушением цикличности сна, с частыми макро- и микропробуждениями на фоне респираторных событий, с увеличением представленности поверхностных стадий сна, укорочением 3-4 стадии фазы медленного сна (ФМС) и фазы быстрого сна (ФБС), с сохранённым индексом эффективности сна. Эпилептиформной активности не зарегистрировано. Таким образом впервые выявлен синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна тяжёлой степени с индексом апноэ/гипопноэ – 73 в час (в норме до 5 в час). Ночная гипоксемия тяжёлой степени.

На основании жалоб, анамнеза, дополнительных методов диагностики, включая ПСГ, уточнён клинический диагноз. **Диагноз основной:** G 47.3 Синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна тяжёлой степени (ИА 73/час). **Осложнения:** ночная гипоксемия умеренной степени (SaO₂ 85%). Вторичная диссомния с интрасомническими и постсомническими нарушениями (с увеличением продолжительности поверхностных стадий сна, с дневной гиперсомнией со снижением латентности ко сну, с эпизодами коротких сонных пароксизмов в дневное время). **Конкурирующий диагноз:** J 44.8 ХОБЛ, крайне тяжёлое течение, GOLD IV, преимущественно бронхитический тип, класс D, ХДН II ст. **Осложнения:** хроническое лёгочное сердце в стадии декомпенсации. ХСН II А (3 функциональный класс по NYHA). Ожирение 2 степени (ИМТ 37).

Проведена беседа сомнолога с пациентом и его супругой, даны разъяснения риска жизнеугрожающих острых сердечно-сосудистых и цереброваскулярных событий, риска внезапной смерти во время сна. Пациенту рекомендован пробный курс неинвазивной респираторной поддержки – в режиме контроля по давлению – БиПАП (Bilevel Positive Airway Pressure –



Рисунок 1. Полисомнография мужчины, 1954 г.р., с использованием диагностического оборудования Embla ResMed (Австралия); показаны эпизоды обструктивного апноэ с последующим снижением сатурации крови и микроактивациями на ЭЭГ.

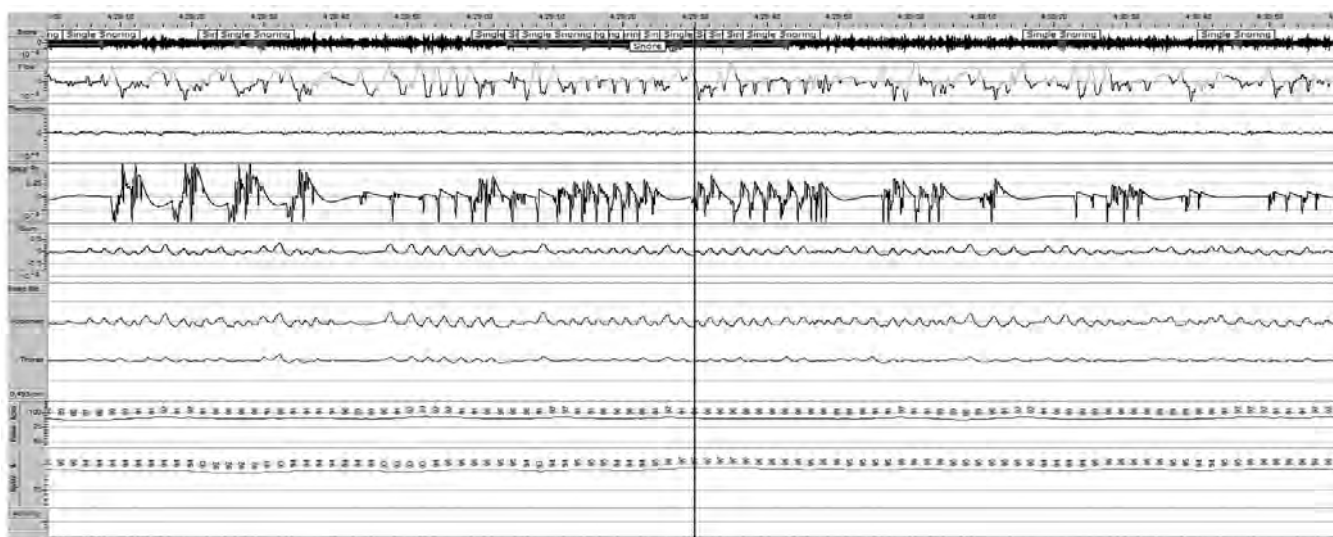


Рисунок 2. Результаты кардиореспираторного мониторинга (Embla ResMed (Австралия), проведённого на фоне БиПАП терапии аппаратом S9 VPAP ST (ResMed, Австралия) и кислородотерапии (Armed 7F-5L Россия); показано достижение целевого уровня сатурации.

BiPAP, англ.) — двухуровневое положительное давление в дыхательных путях). Подбор БиПАП терапии проводился под контролем кардиореспираторного мониторинга во время ночного сна в лаборатории сна НЦ УК. На фоне выбранного режима БиПАП аппарата ИАГ снизился до 4 в час, но целевой уровень средней сатурации не достигнут (средняя сатурация составила 89%). Пациенту в контур БиПАП аппарата подключен кислородный концентратор со скоростью потока 3 литр в минуту. На фоне сочетанной терапии достигнут уровень средней сатурации 93% (рис. 2).

Пациент продолжает рекомендованную респираторную поддержку в домашних условиях под диспансерным наблюдением сомнолога в течение двух лет. На фоне терапии отмечает снижение дневной сонливости, сонные атаки в дневное время не отмечаются, уменьшилась одышка, увеличилась

толерантность к физической нагрузке, улучшилось качество жизни. В течение двух лет у пациента не регистрировалось обострений ХОБЛ.

Таким образом, декомпенсация сердечной и дыхательной недостаточности, прогрессирование когнитивных нарушений у наблюдаемого нами пациента были обусловлены коморбидным состоянием фоновой патологии — СОАГС тяжелой степени с ночной гипоксемией и ХОБЛ, что привело к развитию гипоксически-ишемических психомоторных приступов во время дневного и ночного сна травмирующих сонных атак в дневное время. Для уточнения диагноза и лечения пациента потребовалось участие междисциплинарной команды специалистов, что позволило достичь состояния компенсации основной и фоновой патологии и значительно улучшить качество жизни пациента.

При диспансерном наблюдении больных с ХОБЛ необходимо оценивать качество сна пациентов, своевременно проводить современные методы диагностики нарушения сна и дыхания во сне. Признание важности коррекции нарушений сна, в целом, и СОАГС, в частности, при ведении пациентов с ХОБЛ и позволит снизить риск жизнеугрожающих состояний и улучшить качество жизни.

Литература

1. Бабак СЛ, Голубев ЛА, Горбунова МВ. Дыхательные расстройства в период сна у больных с хронической обструктивной болезнью легких. В кн.: Хроническая обструктивная болезнь легких. Под ред. А.Г. Чучалина. М.: Атмосфера, 2008: 502-512.
2. Чучалин АГ. Хронические обструктивные болезни легких. М.: БИНОМ, 2000. 510 с.
3. Шнайдер НА, Алексеева ОВ. Клиническое наблюдение синдрома обструктивного апноэ сна у 69-летнего мужчины с ночной артериальной гипертензией и ночными эпилептическими приступами. Известия Самарского научного центра Российской Академии наук. 2014; 5(4): 1354-1360.
4. Fletcher EC, Miller J, Divine GW, Fletcher JG, Miller T. Nocturnal oxyhemoglobin desaturation in COPD patients with arterial oxygen tensions above 60 mm Hg. Chest. 1987; 92 (4): 604-608.
5. McNicholas WT. Impact of sleep in COPD. Chest. 2000; 117 (2): 48-53.
6. Parati G, Lombardi C, Narkiewicz K. Sleep apnea: epidemiology, pathophysiology, and relation to cardiovascular risk. Am. J. Physiol. Regul. Integr. Comp. Physiol. 2007; 293 (4): 1671-1683.
7. Owens RL, Malhotra A. Sleep-disordered breathing and COPD: the overlap syndrome. Respir. Crit. Care Med. 2010; 55 (10): 1333-1346.
8. Stanchina ML, Welicky LM. Impact of CPAP use and age on mortality in patients with combined COPD and obstructive sleep apnoea: the overlap syndrome. J. Clin. Sleep Med. 2013; 9 (8): 767-772.
9. Tkacova R, Dorcova Z. Clinical presentations of OSA in adults. In Sleep Apnea. Eur. Respir. Mon. 2010; 50: 86-103.

References

1. Babak SL, Golubev LA, Gorbunova MV. Breathing disorders during sleep in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Chronic obstructive pulmonary disease: edited by A.G. Chuchalin. Moscow: Atmosphere, 2008: 502-512. (in Russ)
2. Chuchalin AG. Chronic obstructive pulmonary disease. Moscow: BINOM, 2000: 510 p. (in Russ)
3. Shnayder NA, Alekseeva OV, Kantimirova EA. Case report of the syndrome of obstructive sleep apnea in 69-year-old man with night arterial hypertension and night seizures. Proceedings of the Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences. 2014; 5(4): 1354-1360. (in Russ)
4. Fletcher EC, Miller J, Divine GW, Fletcher JG, Miller T. Nocturnal oxyhemoglobin desaturation in COPD patients with arterial oxygen tensions above 60 mm Hg. Chest. 1987; 92 (4): 604-608.
5. McNicholas WT. Impact of sleep in COPD. Chest. 2000; 117 (2): 48-53.
6. Parati G, Lombardi C, Narkiewicz K. Sleep apnea: epidemiology, pathophysiology, and relation to cardiovascular risk. Am. J. Physiol. Regul. Integr. Comp. Physiol. 2007; 293 (4): 1671-1683.
7. Owens RL, Malhotra A. Sleep-disordered Breathing and COPD: the overlap syndrome. Respir. Crit. Care Med. 2010; 55 (10): 1333-1346.

8. Stanchina ML, Welicky LM, Donat W. Impact of CPAP use and age on mortality in patients with combined COPD and obstructive sleep apnoea: the overlap syndrome. J. Clin. Sleep Med. 2013; 9 (8): 767-772.

9. Tkacova R, Dorcova Z. Clinical presentations of OSA in adults. In Sleep Apnea. Eur. Respir. Mon. 2010; 50: 86-103.

Сведения об авторах

Алексеева Ольга Владимировна – врач терапевт-сомнолог неврологического центра эпилептологии, нейрогенетики и исследования мозга Университетской клиники, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; e-mail: aleksvrach@mail.ru.

Шнайдер Наталья Алексеевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой медицинской генетики и клинической нейрофизиологии, руководитель неврологического центра эпилептологии, нейрогенетики и исследования мозга Университетской клиники, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; тел.: 8(391)2212449; e-mail: nataliashnayder@gmail.com.

Демко Ирина Владимировна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой внутренних болезней № 2, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; e-mail: demko64@mail.ru.

Петрова Марина Михайловна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; тел.: 8 (391)2200628; e-mail: stk99@yandex.ru.

Зелёный Сергей Владимирович – заведующий пульмонологическим отделением лёгочно-аллергологического центра КГБУЗ Краевая клиническая больница № 1.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 3а; тел.: 8(391) 2201514; e-mail: zelenyy@bk.ru.

Мамаева Марина Геннадьевна – кандидат медицинских наук, врач пульмонолог пульмонологического отделения лёгочно-аллергологического центра, КГБУЗ Краевая клиническая больница № 1.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 3а; тел.: 8(391) 2201514; e-mail: marinamamaeva101@rambler.ru.

Authors

Alekseeva Olga Vladimirovna – Somnologist of the Neurological Center of Epileptology, Neurogenetics and Brain Research of the University Clinic, KrasSMU named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, Partizan Zheleznyak str., 660022, Krasnoyarsk; Phone: 89135203063; e-mail: Aleksvrach@mail.ru.

Shnayder Natalia Alekseevna – MD, Dr. Med. Sci., Professor, Head of the Department of Medical Genetics and Clinical Neurophysiology of the Postgraduate Education Institute, Head of the Neurological Center of Epileptology, Neurogenetics and Brain Research of the University Clinic, KrasSMU named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, Partizan Zheleznyak str., 660022, Krasnoyarsk; Phone: 8(391)2212449; e-mail: nataliashnayder@gmail.com.

Demko Irina Vladimirovna – MD, Dr. Med. Sci., Professor, Head of the Department of Internal Medicine №2, KrasSMU named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, Partizan Zheleznyak str., 660022, Krasnoyarsk; Phone: 8 (391) 2200628; e-mail: demko64@mail.ru.

Petrova Marina Mikhailovna – MD, Dr. Med. Sci., Professor, Head of the Department of Polyclinic Therapy, Family medicine, and HL with postgraduate education, KrasSMU named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, Partizan Zheleznyak str., 660022, Krasnoyarsk; Phone: 8 (391) 2200628; e-mail: stk99@yandex.ru.

Zelenyyi Sergei Vladimirovich – MD, Head of the Pulmonary Departement of the Pulmonary-Allergology Center, Krasnoyarsk Regional Clinical Hospital № 1.

Address: 3a, Partizan Zheleznyak str., 660022, Krasnoyarsk; Phone: 8(391) 2201514; e-mail: zelenyy@bk.ru.

Mamaeva Marina Gennadievna – MD, Cand. Med. Sci., Pulmonologist of the Pulmonary Departement of the Pulmonary-Allergology Center, Krasnoyarsk Regional Clinical Hospital № 1.

Address: 3a, Partizan Zheleznyak str., 660022, Krasnoyarsk; Phone: 8(391) 2201514; e-mail: marinamamaeva101@rambler.ru.

Поступила 26.12.2016

Принята к печати 01.02.2017