

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МГНОТ от 16.03.99.

А н Г. В., П а л ь м а н А. Д. Лечение обструктивного апноэ во время сна в терапевтическом стационаре

Синдром обструктивного апноэ во время сна (СОАС) приводит к большому числу сердечно-сосудистых и респираторных осложнений и представляет актуальную проблему для клиники внутренних болезней. В свете этого весьма важным является выработка правильных подходов к ведению этих больных в условиях стационара общего профиля.

Авторами приводятся три клинических наблюдения, иллюстрирующих различные возможности по лечению больных с СОАС.

Больной К., 44 лет. Находился в клинике с диагнозом: Ожирение III ст. Искривление носовой перегородки. Синдром обструктивного апноэ во сне тяжелого течения вне обострения. Пневмофиброз. Эмфизема легких. ДН II ст. Хроническое легочное сердце. СН II ст.

При поступлении предъявлял жалобы на выраженную дневную сонливость, одышку при небольших физических нагрузках, отечность голеней. Хотя по результатам кардиореспираторного мониторинга во время сна индекс апноэ-гипопноэ (ИАГ) составил 68 эпизодов в час, но из-за выраженного искривления носовой перегородки лечение методом вспомогательной вентиляции через нос в режиме положительного постоянного давления (ППД) оказалось невозможным. Больному проводилась стандартная медикаментозная терапия бронхорасширяющими препаратами, периферическими вазодилататорами, диуретиками. После того, как отечный синдром был купирован, состояние больного улучшилось, сонливость несколько уменьшилась. По результатам кардиореспираторного мониторинга ИАГ — 53 эпизода в час. От хирургического лечения пациент отказался. В течение года после выписки из стационара он придерживался строгой низкокалорийной диеты, что позволило снизить массу тела с 135 до 90 кг. При контрольном обследовании: одышка не беспокоит, сохраняются храп и умеренная сонливость. ИАГ — 32 эпизода в час.

Больной С., 50 лет. Находился в клинике с диагнозом: Ожирение II ст. Искривление носовой перегородки. Синдром обструктивного апноэ во сне средней тяжести. Артериальная гипертензия.

При поступлении предъявлял жалобы на умеренную дневную сонливость, повышение артериального давления до 140/100 мм рт.ст. в утренние часы. ИАГ — 36 эпизодов в час. Искривление

носовой перегородки не позволило начать вентиляцию с ППД во время сна. Больной был переведен в ЛОР-клинику, где ему проведена коррекция искривленной носовой перегородки и увулопластика (уменьшение размеров небного язычка). При контрольном обследовании через 3 месяца ИАГ — 5 эпизодов в час, утреннее артериальное давление 130/85 мм рт.ст. без дополнительной медикаментозной терапии. Однако сохраняются умеренный храп и небольшая сонливость в течение дня.

Больная С., 44 года. Находилась в клинике с диагнозом: Ожирение III ст. Синдром апноэ во сне тяжелого течения. Артериальная гипертензия. Синдром альвеолярной гиповентиляции. ДН II ст.

Предъявляла жалобы на прерывистый сон, головные боли при пробуждении, резкую дневную сонливость, повышение артериального давления до 180/135 мм рт.ст. в утренние часы, одышку при небольших физических нагрузках. ИАГ — 88 эпизодов в час. pO_2 — 55 мм рт.ст., pCO_2 — 51 мм рт.ст. Больной проводилась вспомогательная вентиляция в режиме ППД во время сна. Уже к 3—4-му дню лечения сонливость полностью исчезла, сон спокойный, утром чувствует себя отдохнувшей, артериальное давление 135—140/85—90 мм рт.ст. без дополнительной медикаментозной терапии. При контрольном обследовании в конце первой недели лечения: ИАГ — 3 эпизода в час. pO_2 — 65 мм рт.ст., pCO_2 — 42 мм рт.ст. при отсутствии существенной динамики со стороны показателей функции внешнего дыхания.

Таким образом, вспомогательная вентиляция легких в режиме ППД является наиболее простым и эффективным способом лечения больных с СОАС. Этот метод позволяет не только наиболее быстро и полноценно нормализовать дыхание во время сна, но и устранить альвеолярную гиповентиляцию в бодрствовании у этих больных. Однако, как демонстрируют приведенные наблюдения, даже отсутствие необходимой технической базы еще не означает, что у лечащего врача нет возможности помочь своим пациентам. Адекватная фармакотерапия, снижение веса и проводимая при наличии соответствующих показаний хирургическая коррекция также могут дать приемлемый результат.

Практический опыт показывает, что знание проблемы позволяет при наличии минимального набора диагностической и лечебной аппаратуры вполне адекватно выявлять и лечить подавляющее большинство больных с СОАС в клиниках общего профиля.