

А.Д.Пальман

ДАВЛЕНИЕ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ АПНОЭ ВО СНЕ И ЕГО ДИНАМИКА В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра внутренних болезней № 2 1-го лечебного факультета ММА им.И.М.Сеченова

Синдром апноэ во сне (САС) можно определить как патологическое состояние, при котором у больного возникают множественные кратковременные остановки дыхания во время сна. У части пациентов с САС возникает легочная гипертензия (ЛГ), что в дальнейшем ведет к формированию хронического легочного сердца и правосердечной недостаточности. До настоящего времени остаются не совсем ясными причины, приводящие к возникновению ЛГ у больных с САС, и не разработаны подходы к ее коррекции у этой категории больных.

Целью исследования было выявить частоту ЛГ у больных с САС, факторы, влияющие на ее формирование, а также динамику давления в легочной артерии (ДЛА) у этих пациентов в результате лечения методом дыхания с постоянным положительным давлением воздуха во время сна (ДППДВ) и блокатором ангиотензинпревращающего фермента капотеном.

Всем больным проводились общее клиническое и лабораторное обследование, исследование показателей функции внешнего дыхания (ЖЕЛ, ОФВ₁) и газотранспортной функции крови (рО₂ и рСО₂) в состоянии бодрствования.

ДЛА измерялось методом эхооплерикардиографического исследования по *A.Kitabatake et al.* (1983). Больные считались имеющими ЛГ при ДЛА > 20 мм рт. ст.

Для диагностики нарушений дыхания во время сна использовался монитор "MESAM-4" (ФРГ) с регистрацией сатурации кислорода и автоматической компьютерной обработкой данных. Эпизод десатурации определялся как падение сатурации кислорода на 4% и более от исходного уровня длительностью более 10 секунд. Диагноз САС ставился при индексе десатурации (ИД) более 10 эпизодов за час сна. Рост-весовые отношения также автоматически рассчитывались в рамках этой программы и выражались в виде индекса Брока в процентах от должного.

Нами было обследовано 63 пациента с факторами риска САС (48 мужчин и 15 женщин в возрасте $51,6 \pm 10,4$ года с индексом Брока $138 \pm 30\%$ от должного), у 33 из которых имелись сопутствующие хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ). В результате проведенного обследования САС был диагностирован у 44 (70%) больных (ИД 36 ± 19 эпизодов в час), которые образовали основную группу, а 19 (30%) пациентов составили группу сравнения.

ЛГ в группе больных с САС встречалась существенно чаще, чем в группе больных без САС (79 и 53% соответственно). Величина ДЛА в основной группе также была достоверно выше, чем в группе сравнения ($28,5 \pm 8,2$ и $23,4 \pm 7,5$ мм рт.ст. соответственно; $p < 0,05$). В обеих группах частота ЛГ была большей в подгруппах с сопутствующими ХНЗЛ, но величина ДЛА внутри групп у больных с ХНЗЛ и без ХНЗЛ достоверно не различалась ($p > 0,05$).

Была выявлена зависимость величины ДЛА у пациентов с САС от ИД ($r = 0,85$; $p < 0,05$), рО₂ в состоянии бодрствования ($r = -0,86$; $p < 0,05$) и индекса Брока ($r = 0,78$; $p < 0,05$).

Лечение методом ДППДВ проводилось у 21 пациента. 3 (14%) больных отказались от лечения из-за его субъективной непереносимости. У остальных 18 (86%) больных лечение было эффективным и привело к устранению или существенному уменьшению выраженности дыхательных расстройств во время сна.

ДЛА исследовалось в динамике у 14 пациентов и достоверно снизилось у 10 (72%) больных с $30,9 \pm 9,0$ до $23,8 \pm 7,2$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), достоверно повысилось у 3 (21%) с $21,7 \pm 2,4$ до $29,6 \pm 2,0$ мм рт.ст. ($p < 0,05$) и не изменилось у 1 (7%) пациента.

Терапию капотеном получали 19 пациентов — 13 с САС и 6 без САС. ДЛА в динамике исследовалось у 16 больных (10 с САС и 6 без САС).

ДЛА в подгруппе с САС снизилось у 9 больных с $29,0 \pm 6,8$ до $21,8 \pm 7,0$ мм рт.ст. ($p < 0,01$) и не изменилось у 1. В подгруппе без САС ДЛА снизилось у 5 пациентов с $28,0 \pm 8,9$ до $21,7 \pm 9,0$ мм рт.ст. ($p < 0,01$) и не изменилось у 1. Степень снижения ДЛА в подгруппах с САС и без САС достоверно не различалась (на 26 ± 16 и $27 \pm 17\%$ соответственно; $p > 0,05$).

Таким образом, ЛГ является частым осложнением у больных с САС, особенно при наличии у них сопутствующих ХНЗЛ. Величина ДЛА зависит в первую очередь от тяжести САС, выраженности гипоксемии в состоянии бодрствования и степени ожирения.

У пациентов со среднетяжелым и тяжелым САС патогенетическая терапия методом ДППДВ является также и основным способом коррекции ЛГ. При отсутствии показаний к его применению, непереносимости или недостаточной эффективности методом выбора для снижения ДЛА может явиться назначение препаратов из группы блокаторов ангиотензинпревращающего фермента.