

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО НОЧНОГО АПНОЭ ВО ВРЕМЯ СНА, АССОЦИИРОВАННОГО С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кошель В. И.¹, Пасечников В. Д.², Кучерявый В. С.¹

¹ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи», Ставрополь, Россия (Ставрополь, ул. Семашко,1), e-mail: skkb-mit@estav.ru

²ГБОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ставрополь, Россия (Ставрополь, ул. Мира, 310), e-mail: Stgma@mail.ru

Проведен анализ дифференцированного подхода к диагностике и лечению пациентов с синдромом обструктивного ночного апноэ во время сна (СОАС), ассоциированного с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). Больным проводился необходимый комплекс исследований ЛОР-врачом-тщательный сбор жалоб и анамнеза, осмотр ЛОР-органов, телефаринголарингоскопия с видеозаписью и компьютерным архивированием. Пациенты консультировались с сомнологом с проведением полисомнографии, гастроэнтерологом с проведением рентгенологического исследования пищевода, фиброэзофагогастроскопии, манометрического исследования пищеводных сфинктеров, суточного мониторинга внутрипищеводного pH. В результате у всех пациентов был выявлен СОАС, ассоциированный с ГЭРБ. По результатам обследования всем пациентам проводился патогенетически обоснованный индивидуально подобранный комплекс лечебных мероприятий, одновременно как со стороны заболевания ЛОР-органов, так и со стороны заболеваний ЖКТ, что по результатам контрольного исследования привело к положительному терапевтическому эффекту у больных с СОАС, ассоциированного с ГЭРБ.

Ключевые слова: синдром обструктивного ночного апноэ во время сна, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, полисомнография.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF NIGHTTIME OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME ASSOCIATED WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Koshel V. I.¹, Pasechnikov V. D.², Kucheryavy V. S.¹

¹The State Budget Health Care Institution of Stavropol Territory «Stavropol Regional Clinical Center of Specialized Types of Medical Care», Stavropol, Russia (Stavropol, 1 Semashko st.) e-mail: skkb-mit@estav.ru

²The State Budget Educational Establishment of the Higher Professional Training «Stavropol State Medical Academy» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Stavropol, Russia (Stavropol, 310 Mira st.) e-mail: Stgma@mail.ru

The differential approach to diagnostics and treatment of patients with nighttime obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) associated with gastroesophageal reflux disease (GERD) was analyzed. The patients underwent the necessary complex of ENT investigations: complaints and a thorough medical history, ENT examination, telepharyngolaryngoscopy with video recording and computer archiving. The patients were consulted by a somnologist with polysomnography, by gastroenterologist with X-ray examination of the esophagus, fibroesophagogastroscopy, manometric study of esophageal sphincter, daily monitoring of intraesophageal pH. As a result, OSAS associated with GERD was revealed in all patients. Under the results of study, all the patients underwent pathogenetically grounded individually selected complex of treatment of ENT diseases and gastrointestinal diseases simultaneously. According to the results of case-control study, it has led to a positive therapeutic effect in patients with OSAS associated with GERD.

Keywords: Nighttime obstructive sleep apnea syndrome, gastroesophageal reflux disease, polysomnography.

Введение

Синдром обструктивного апноэ во время сна (СОАС) является патологическим состоянием с возникновением эпизодов полного прекращения потока воздуха (апноэ) или сокращения воздушного потока более чем на 50 % (гипоапноэ) с частотой эпизодов свыше 10 в час и продолжительностью каждого свыше 10 сек, сопровождающееся снижением

насыщения крови кислородом и нарушением нормальной структуры сна. СОАС классифицируется по тяжести выраженности на легкий (5–20 эпизодов за 1 час), средней степени (20–40 эпизодов в час) и тяжелый (более 40 эпизодов в час) [4].

Часто СОАС ассоциируется с различной патологией внутренних органов. В качестве заболевания, наиболее часто ассоциированного с развитием СОАС, в последнее время рассматривается гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) [9,10]. ГЭРБ – это хроническое рецидивирующее заболевание ЖКТ, характеризующееся хроническим, повторяющимся прохождением жидкого желудочного содержимого ретроградно через нижний пищеводный сфинктер, что приводит к развитию хронического эзофагита, пищевода Баррета, кровотечениям и злокачественным опухолям пищевода [8]. С ГЭРБ связывают возникновение ночных приступов удушья, кашля, изжоги, аспирационной пневмонии.

Цель исследования

Изучение патогенеза ГЭРБ-ассоциированного СОАС, определение критериев дифференциальной диагностики и лечения пациентов с этой патологией.

Материал и методы исследования

В клинике наблюдались 67 человек с СОАС и ГЭРБ.

Основной жалобой всех пациентов был дискомфорт в области глотки, гортани. Нередко, особенно после изжоги, отрывки по утрам возникал раздражающий кашель. Также больные отмечали дневную сонливость, утреннюю головную боль, быструю утомляемость, отсутствие освежающего эффекта сна, депрессию, тревогу, раздражительность, боли в области сердца. При опросе родственников выявлялся храп во время сна, сопровождающийся периодическими паузами дыхания, беспокойный сон с частыми пробуждениями, сопровождающимися приступами удушья, ощущения нехватки воздуха, кашель с верчением в постели, ляганием, кошмарами. Степень выраженности жалоб и их проявления носили неодинаковый, индивидуальный характер, что сопоставлялось с возрастом больного, его профессией, окружающим эмоциональным фоном, индивидуальными особенностями.

Обследование включало в себя тщательный сбор жалоб и анамнеза, осмотр ЛОР-органов, телефаринголарингоскопию с видеозаписью и компьютерным архивированием. Также больные консультированы врачом-сомнологом с проведением полисомнографии для оценки дыхательной функции во время сна, которая является комплексной методикой мониторинга различных функций организма во время сна, является основным методом в сомнологии – ее «золотым стандартом». Представляет собой синхронную регистрацию во время сна следующих параметров: электроэнцефалограммы, электроокулограммы, подбородочной электромиограммы, электрокардиограммы, ороназального воздушного

потока, дыхательных движений живота и грудной клетки, уровня насыщения гемоглобина кислородом (сатурация кислорода), частотных характеристик храпа и пульса, положения тела и двигательной активности пациента.

Все больные консультированы гастроэнтерологом с проведением необходимого комплекса диагностических мероприятий: рентгенологического исследования пищевода, фиброэзофагогастроскопии, манометрического исследование пищеводных сфинктеров, суточного мониторирования внутрипищеводного pH.

Результаты исследования и их обсуждение.

В результате при осмотре ЛОР-органов у 67 (100 %) пациентов присутствовали изменения слизистой оболочки глотки в виде гиперемии, утолщения слизистой, в области черпаловидных хрящей, межчерпаловидного отдела, задней стенки гипофаринкса определялся отек слизистой. Нередко эти проявления распространялись на заднюю треть голосовых складок, где можно было отметить вязкую мокроту, хотя передние 2/3 голосовых складок и подскладочный отдел гортани оставались интактны.

При проведении рентгенологического исследования пищевода у 56 пациентов (84 %) отмечалось замедление прохождения бария по пищеводу, обратный заброс желудочного содержимого в пищевод, у 14 больных (21 %) выявилась грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Фиброэзофагоскопия выявляла у всех пациентов признаки катарального эзофагита, зияние кардиального отдела желудка, поверхностный гастродуоденит, манометрическое исследование пищеводных сфинктеров выявляло их недостаточность, усиливающееся в горизонтальном положении, снижение гастроэзофагеального градиента. Суточное мониторирование внутрипищеводного pH определяло количество и длительность у больных эпизодов кислотного и щелочного гастроэзофагеального рефлюксов [7].

В результате комплексного обследования 37 (55 %) больным был поставлен диагноз: СОАС, ассоциированный с ГЭРБ, 30 (45 %) больным был поставлен диагноз – неосложненный храп, ассоциированный с ГЭРБ.

Всем больным по поводу гастроэзофагеального рефлюкса было назначено лечение гастроэнтерологом. Лечение ГЭРБ начиналось с изменения образа жизни пациентов: нормализация массы тела, соблюдение диеты (исключение из рациона рефлюксогенных продуктов: citrusовые, кофеин, консервированные продукты, карамель и т.д.), отказ от курения, приема алкоголя, во время сна рекомендовать подъем головного конца кровати (на 10–15 см) и избегать приема пищи как минимум за 3 часа до сна. Медикаментозная терапия ГЭРБ включала применение антацидных препаратов, лекарственных средств, влияющих на моторику ЖКТ (прокинетиков), альгинатов и антисекреторных препаратов [1,2,3,5,6].

Параллельно с этим проводился патогенетически обоснованный индивидуально подобранный комплекс лечебных мероприятий, включающих в себя: отказ от курения; небулайзеротерапию с антигистаминными, противовоспалительными препаратами, витаминами; при отсутствии противопоказаний – физиолечение. Кроме того, 17 (25 %) больным по назначению сомнолога проводилась СРАР-терапия.

Контрольный осмотр ЛОР-органов показал положительную динамику у 62 (93 %) больных, заключающуюся в нормализации структуры слизистой оболочки глотки, гортани, полном смыкании голосовых складок при фонации. Это мы объяснили прекращением прямого раздражающего действия кислого желудочного содержимого на слизистую при забросе его из пищевода, нормализацией дыхания и структуры сна.

При проведении полисомнографии у 67 (100 %) больных выявлялся эпизодический храп во время сна, без периодов затруднения, остановки дыхания, в результате им был выставлен диагноз: неосложненный храп во время сна, т.е. определялась положительная динамика со стороны СОАС.

При проведении контрольного рентгенологического исследования пищевода отмечалась нормализация динамики прохождения бария по пищеводу, отсутствие обратного заброса желудочного содержимого в пищевод. Фиброэзофагоскопия выявляла отсутствие признаков катарального эзофагита, нормализацию работы кардиального отдела желудка, поверхностный гастродуоденит. Манометрическое исследование выявляло нормальную работу пищеводных сфинктеров, восстановление гастроэзофагеального градиента. Суточное мониторирование внутрипищеводного рН определило уменьшение количества эпизодов кислотного и щелочного гастроэзофагеального рефлюксов. Все это позволило сделать вывод о положительной динамике на фоне лечения со стороны ГЭРБ.

Выводы

- 1. Гастроэзофагеальный рефлюкс является одной из наиболее частых причин возникновения синдрома обструктивного ночного апноэ во время сна, приводит к развитию хронического катарального фаринголарингита с длительной дисфонией, ощущением дискомфорта в области глотки, гортани.*
- 2. Тактика ведения включает в себя обследование ЛОР-врачом, сомнологом и гастроэнтерологом у больных при наличии симптомов нарушения сна и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, для назначения обоснованного индивидуально подобранного комплексного лечения.*
- 3. Проведение больному этиопатогенетически обоснованного комплекса лечебных мер оториноларингологом совместно с гастроэнтерологом и сомнологом позволяет получить положительный терапевтический эффект у пациентов с синдромом обструктивного*

ночного апноэ во время сна, ассоциированным с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Список литературы

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: Новое решение старой проблемы / Е. И. Ткаченко [и др.] // Consilium Medicum. – 2009. – № 8. – С. 5-13.
2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: патогенетические основы дифференцированной тактики лечения / Е.И. Ткаченко [и др.] // Клин. фармакология. – 2009. – № 2. – С. 104-113.
3. Маев И. В. Лекарственная терапия неэрозивной рефлюксной болезни / И. В. Маев, А. С. Трухман // Рус. мед. журн. – 2004. – № 24. – С. 1402-1409.
4. Пальман А. Синдром обструктивного апноэ-гипопноэ во сне: диагностика и лечение / А. Пальман, И. Даниляк // Врач. – 2002. – № 11. – С. 14-19.
5. Пасечников В. Д. Боль в грудной клетке, не связанная с заболеванием сердца (non-cardiac chest pain), как проявление гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Современные методы диагностики / В. Д. Пасечников, О. И. Ивахненко, Е. Н. Слинко // Материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Физиологические науки – клинической гастроэнтерологии». – Ессентуки, 2001. – С. 123-123.
6. Пасечников В. Д. Роль суточной Рн-метрии и манометрии пищевода в диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с ЛОР-проявлениями / В. Д. Пасечников, О. И. Ивахненко, Е. Н. Слинко // Материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Физиологические науки – клинической гастроэнтерологии». – Ессентуки, 2001. – С. 124-124.
7. Шептулин А. А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / А. А. Шептулин // Рус. мед. журн. – 1998. – № 1. – С. 16-21.
8. Claussen J. P. Gastroesophageal reflux disease / J. P. Claussen // Clin. Rev. – 1999. – Vol. 9. – P. 69-72.
9. Field S. K. Gastroesophageal reflux and asthma: are they related? / S. K. Field // J. Asthma. – 1999. – Vol. 36. – P. 631-644.
10. Gastroesophageal reflux in patients with sleep apnea syndrome / K. I. Graf [et al.] // Gastroenterol. – 1995. – Vol. 33. – P. 689-693.

Рецензенты:

Енин Иван Петрович, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры оториноларингологии с курсом последипломного и дополнительного образования СтГМА, г. Ставрополь.

Моренко Вера Михайловна, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры оториноларингологии с курсом последипломного и дополнительного образования СтГМА, г. Ставрополь.