

Междисциплинарные аспекты.

Влияние синдрома обструктивного апноэ сна на другие органы и системы.

Какие специалисты сталкиваются с проблемой «храпа»?



*Выполнила:
студентка 6 курса 54гр ЛФ
Романова Ксения Германовна*



- Около **30%** всего взрослого населения постоянно храпит во сне, среди людей старше **60** лет эта проблема отмечается у **60%**. Храп не только создает очевидные социальные проблемы, но и является предвестником и одним из основных симптомов синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС), проявляющегося остановками дыхания во сне с последующими громкими всхрапываниями.

- К сожалению, отечественные врачи еще недостаточно информированы о влиянии СОАС на здоровье человека и не уделяют его диагностике существенного внимания. При этом сами пациенты не жалуются на остановки дыхания во сне, а храп считают недостойным внимания врача симптомом и не предъявляют соответствующих жалоб. В этой ситуации даже очевидно тяжелые формы СОАС часто остаются недиагностированными и нелечеными, что значительно ухудшает качество и прогноз жизни больных.



ЧЕМ ОПАСЕН ХРАП?

ТАК ЧЕМ ЖЕ ОПАСЕН ХРАП?

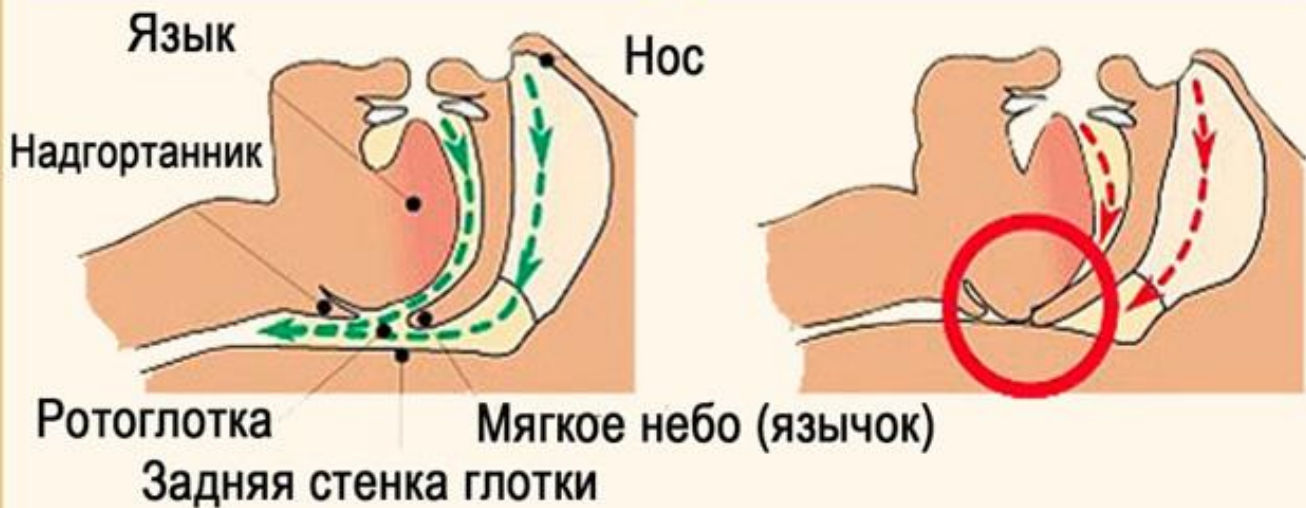


ФАКТОРЫ РИСКА

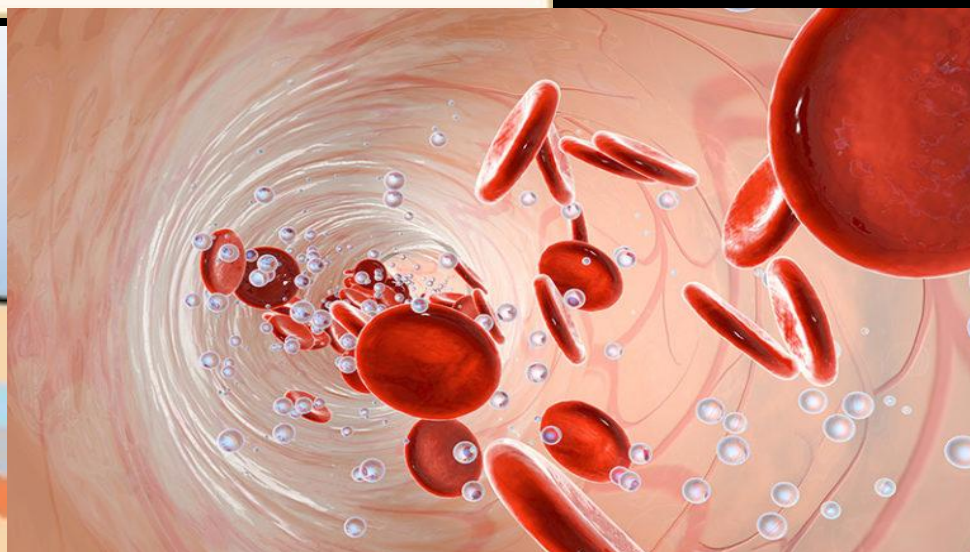
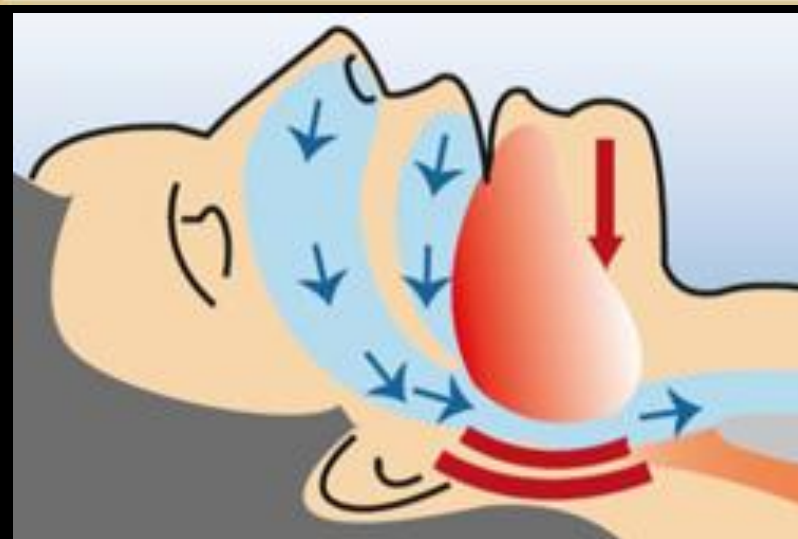
КАК ВОЗНИКАЕТ ХРАП И АПНОЭ?

Здоровое дыхание: воздух свободно проходит через все пути. Но чем они уже, тем сильнее вибрируют язычок и стенки глотки. Возникает храп.

Апноэ - прерывание дыхания - происходит из-за «схлопывания» стенок глотки и неба. Воздух не проходит.

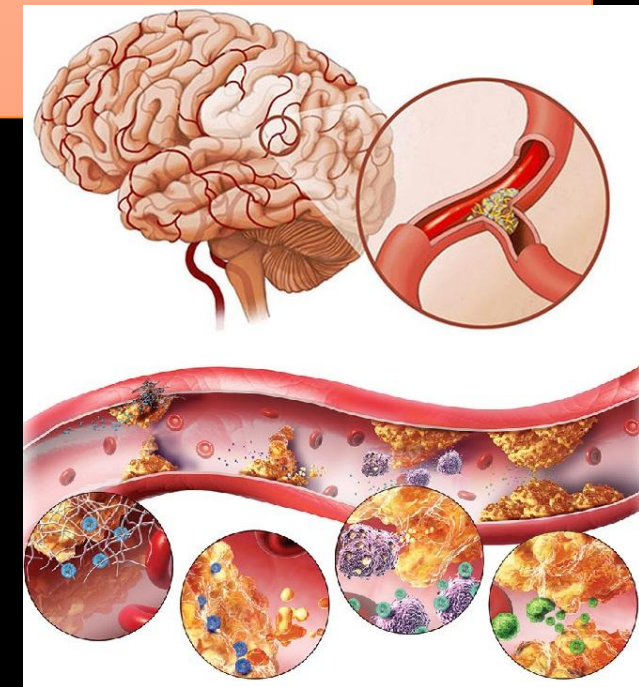
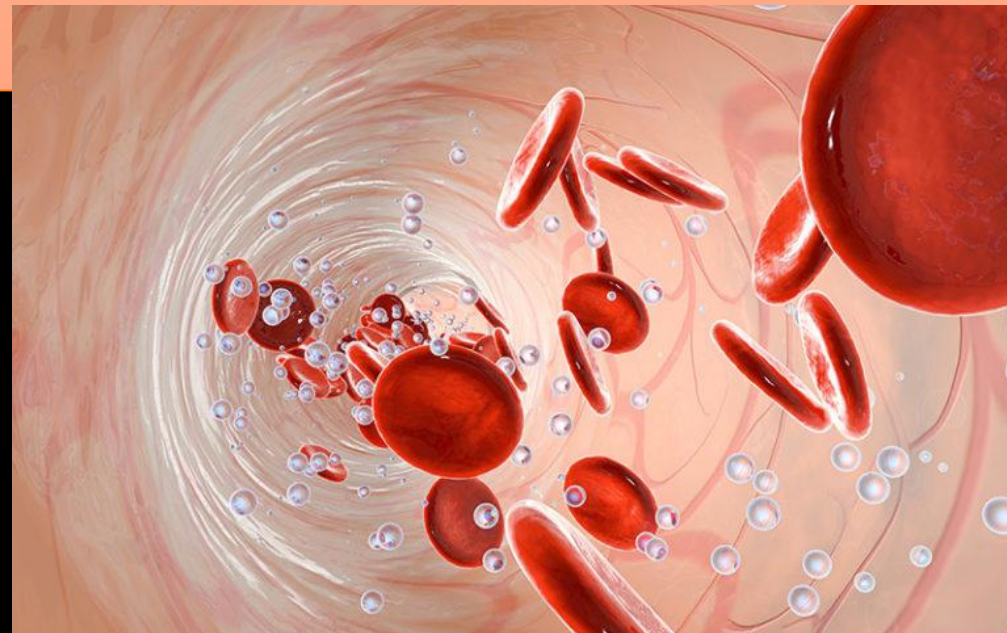
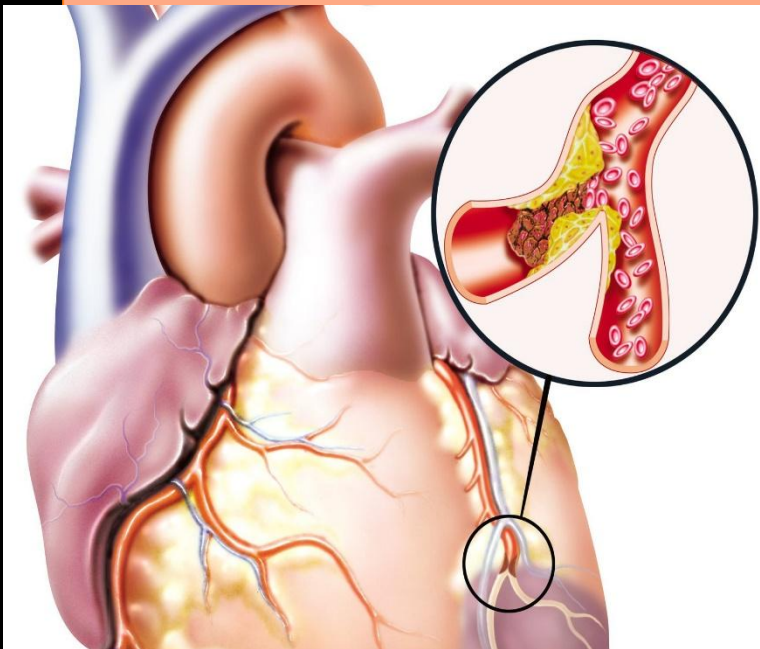


СОАС(СОАГС):
Потенциально угрожающая жизни пациента ночная **асфиксия** вследствие снижения тонуса глоточных мышц.
Дыхательные расстройства во время сна сопровождаются эпизодами выраженного снижения насыщения артериальной крови кислородом (**десатурация крови**) и развитием **гипоксии сердца, мозга, почек**.
Гипоксия этих жизненно важных органов обычно сопровождается резкими изменениями **артериального давления** и нарушениями **сердечного ритма**, что может привести к **внезапной смерти** во время сна.



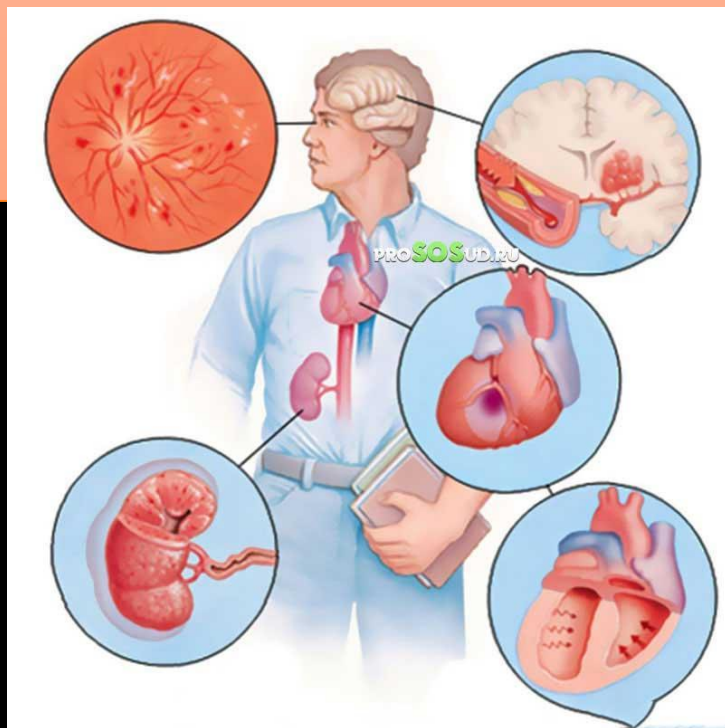
АТЕРОСКЛЕРОЗ

Обструктивные апноэ приводят к циклическим эпизодам гипоксемии. При длительных апноэ сатурация может падать ниже 60% (визуально человек синеет), что свидетельствует о резчайшей тканевой гипоксемии. В фазу гипервентиляции после апноэ сатурация быстро восстанавливается до 95–99%. При тяжелых формах СОАС циклы гипоксемии и реоксигенации повторяются 40–60 раз в час. Продолжительная симпатическая активность, колебания внутригрудного давления, циклы гипоксемии/реоксигенации, окислительный стресс вызывают эндотелиальную дисфункцию, повреждение сосудистой стенки и в конечном итоге способствуют более раннему развитию атеросклероза.



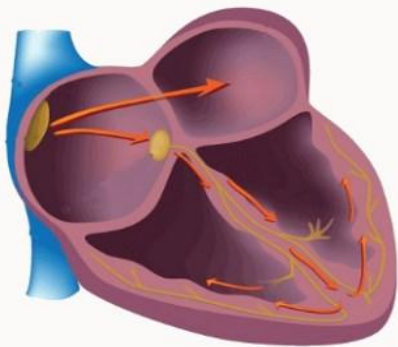
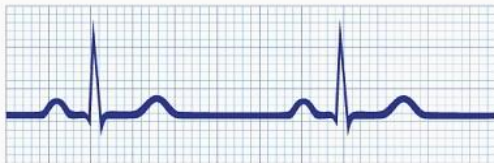
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

В настоящее время доказано, что СОАС является независимым фактором риска АГ. У 50% больных с СОАС имеется АГ. В то же время у 30% пациентов с АГ имеется СОАС. В 7-м отчете Объединенного национального комитета США по профилактике, диагностике, оценке и лечению повышенного артериального давления (АД) (JNC 7) апноэ сна поставлено на 1-е место среди всех причин вторичных АГ, что говорит о значительной распространенности и клинической значимости АГ, связанной с СОАС

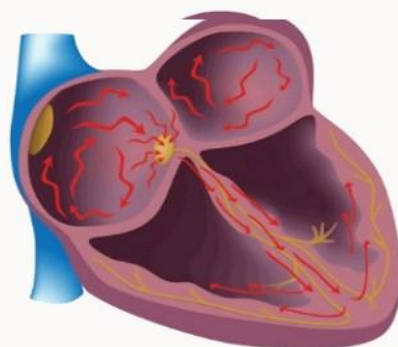
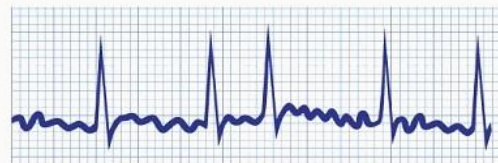


НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ

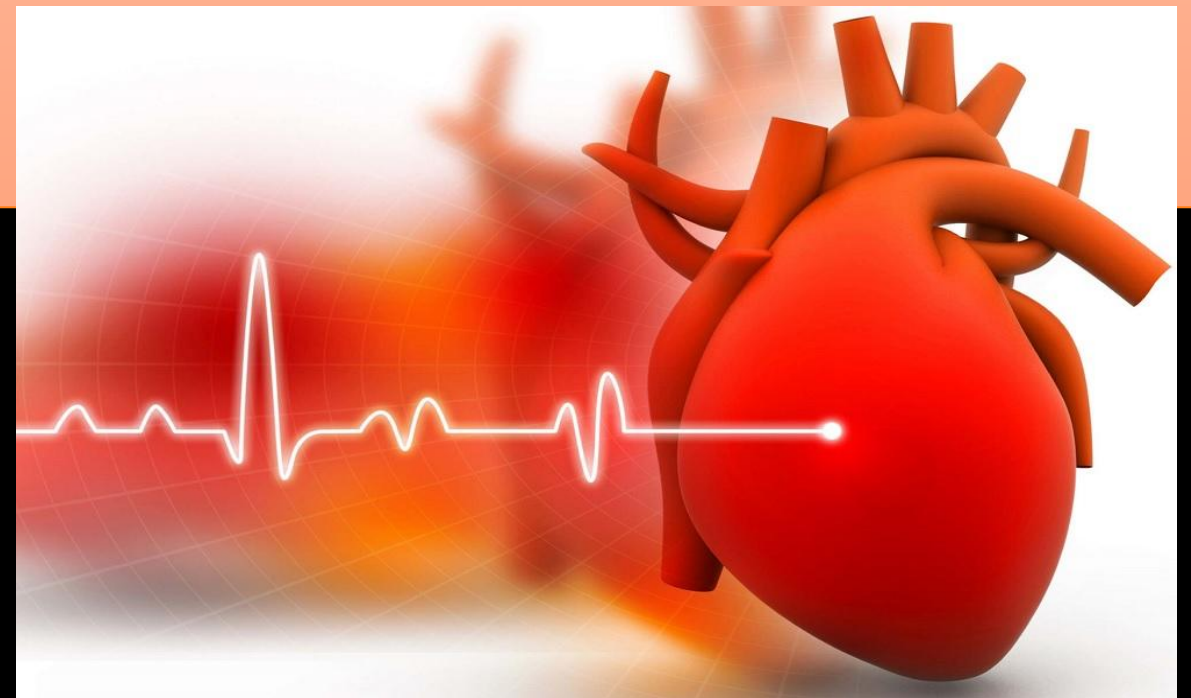
Сердечные аритмии часто отмечаются у пациентов с СОАС, причем частота аритмий увеличивается с нарастанием тяжести СОАС и степени сопутствующей гипоксемии. В ночное время частота аритмий может достигать 50% [1, 2]. Наиболее часто в ночное время выявляются частая желудочковая экстрасистолия, синоатриальная блокада, атриовентрикулярная блокада II степени, короткие пробежки желудочковой тахикардии. Атриовентрикулярные блокады и остановки синусового узла во сне отмечаются приблизительно у 10% пациентов с СОАС.



Норма



Аритмия сердца



Ишемическая болезнь сердца (ИБС)

Распространенность нарушений дыхания во сне у пациентов с ИБС составляет около 30%, что *в 2 раза выше, чем у пациентов без ИБС*. Тяжелая интермиттирующая гипоксемия, ацидоз, повышение и нестабильность АД, симпатическая вазоконстрикция в сочетании со скачками внутригрудного давления и трансмурального давления в сердце могут быть провоцирующими факторами развития ишемии миокарда. У пациентов с тяжелой формой СОАС депрессия сегмента ST в ночное время отмечалась приблизительно в 30% случаев. Пробуждение мозга и вентиляционная фаза после апноэ сопровождаются выраженной симпатической активностью и резким ускорением ЧСС. В этот момент значительно возрастает потребность миокарда в кислороде, однако оксигенированная кровь достигает миокарда лишь спустя 10–20 с после начала вентиляции в зависимости от скорости системного кровотока. *Возникает резкий дисбаланс между быстрым увеличением потребности миокарда в кислороде и его доставкой, что способствует развитию преходящей ишемии миокарда.*

Сердечно-сосудистая смертность

При 12-летнем наблюдении было отмечено 3-кратное увеличение фатальных и 4–5-кратное увеличение нефатальных ССО у пациентов с нелеченной тяжелой формой СОАС. Фактически риск умереть или перенести инфаркт или инсульт составлял 50% за 12 лет наблюдения. Следует обратить особое внимание на то, что у пациентов, проводивших постоянную СРАР-терапию (лечение методом создания постоянного положительного давления в дыхательных путях) по поводу СОАС, частота осложнений практически не отличалась от таковой в группе пациентов без СОАС.



Метаболические, гормональные и эндокринные расстройства

Практикующие врачи достаточно хорошо знают такие патологические состояния, как метаболический синдром (МС) и Пиквикский синдром. Основным компонентом данных синдромов является ожирение. Однако мало кто представляет, что у пациентов с МС распространенность СОАС составляет около 50%, а с Пиквикским синдромом – 90%. При этом СОАС играет существенную роль в прогрессировании обоих патологических состояний. Нарастание тяжести СОАС усиливают висцеральное ожирение и МС посредством нарушения продукции гормонов в ночное время, таких как кортизол и инсулин.



ОЖИРЕНИЕ



Рис. 1. МРТ пациента с ожирением без СОАС (а) и пациента с ожирением и СОАС тяжелой степени. Отмечается сужение просвета верхних дыхательных путей за счет скопления жира в ретрофарингеальном пространстве и в области корня языка (показано стрелками)

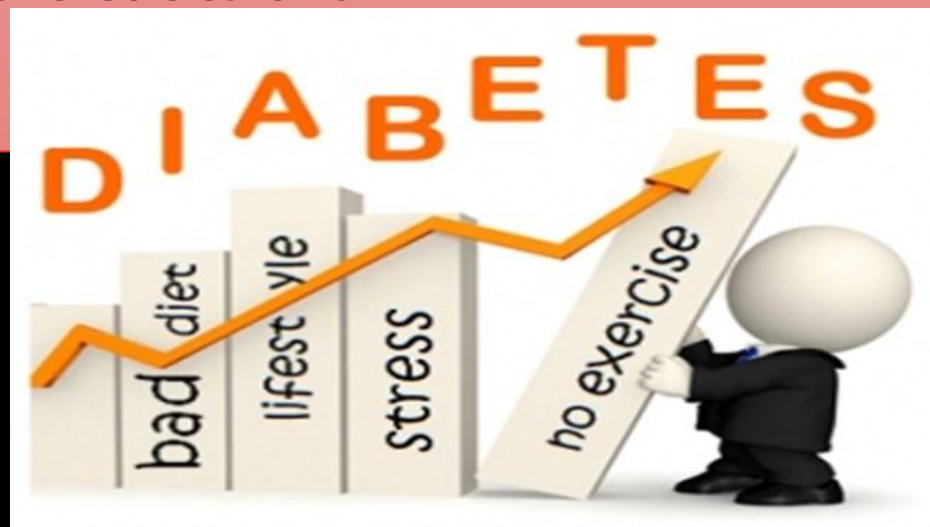
При тяжелой форме СОАС также развивается нарушение продукции соматотропного гормона и тестостерона, пики секреции которых отмечаются в глубоких стадиях сна. При СОАС глубокие стадии сна практически отсутствуют, что ведет к недостаточной продукции указанных гормонов. Одной из функций соматотропного гормона у взрослых людей является регуляция жирового обмена и, в частности, мобилизация жира из депо. При недостатке гормона роста накопленный жир не может превратиться в энергию. Таким образом, все образующиеся излишки ложатся «мертвым грузом», который не может быть востребован. Человек начинает полнеть, причем любые усилия (диетические или медикаментозные), направленные на похудание, оказываются малорезультативными. Более того, жировые отложения на уровне шеи приводят к дальнейшему сужению дыхательных путей и прогрессированию СОАС, а это в свою очередь усугубляет недостаток соматотропного гормона. Таким образом, создается порочный круг, разорвать который без специального лечения СОАС практически невозможно.

Недостаток тестостерона в организме ведет к снижению либидо и импотенции у мужчин.

У пациентов с гипотиреозом распространенность СОАС составляет от 25 до 100%.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Распространенность СОАС у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2-го типа достигает 36% . В связи с этим, а также с учетом доказанного отрицательного влияния СОАС на функцию β -клеток и инсулинорезистентность Международная федерация диабета опубликовала клинические рекомендации, в которых настоятельно рекомендовала специалистам, работающим с СД 2-го типа или СОАС, обеспечить клиническую практику, при которой в случае наличия у пациента одного из заболеваний обсуждалась бы возможность наличия другого заболевания.



ВЛИЯНИЕ АПНОЭ СНА НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Нарушения сна при мозговом инсульте, по данным полисомнографического исследования, достигают 100% случаев и проявляются в виде инсомнии, нарушения цикла «сон–бодрствование» и расстройства дыхания во сне по типу синдрома «апноэ во сне».

Инсомнии у больных, перенесших инсульт, характеризуются изменением продолжительности сна, частыми ночными пробуждениями, отсутствием удовлетворенности ночным сном, а также появлением «тяжести» в голове.

При лечении инсомнии достаточно часто назначают бензодиазепины (например, феназепам), которые негативно влияют на процессы пластичности нервной системы, что значительно снижает эффективность восстановительного лечения.



ВЛИЯНИЕ ХРАПА НА ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

- При нормально текущей беременности есть факторы, способствующие развитию СОАС – это повышенный вес, положение во сне на спине, снижение функционального остаточного объема легких.
- Физиологические механизмы при нормально протекающей беременности защищают плод от потенциальной гипоксемии. Однако у беременных, **имеющих сопутствующее заболевание легких** (особенно бронхиальную астму) или ожирение, когда уровень прогестерона не является защитой, гипоксемия не является редкостью. В этом случае даже *небольшое снижение оксигенации у матери может привести к гипоксии плода.*
- По данным Franclin К.А., обследовано 502 беременных женщины: храп и синдром апноэ во сне обнаруживаются у 23% из них, имеющих в анамнезе хронические обструктивные заболевания легких. Также по данным этого исследования у **беременных с храпом и синдромом апноэ во сне риск возникновения артериальной гипертензии, преэклампсии, задержки развития плода выше в 2,5 раза. Ребенку у таких беременных в 5 раз чаще выставляется оценка по шкале APGAR 7 и ниже.**

ХРАП(СОАС) ОДНА ИЗ ПРИЧИН НАРУШЕНИЯ СНА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

К первичным нарушениям сна у пожилых относятся ночной миоклонус, ночное беспокойство ног и **ночное апноэ** (с задержкой дыхания во сне и последующим пробуждением). Следует отметить, что **ночное апноэ вообще более характерно для позднего возраста или учащается с возрастом**. Обычно этому предшествует длительный период храпа во сне, а затем присоединяется апноэ. Общеизвестно, что этот синдром наблюдается **преимущественно у тучных мужчин** во второй половине жизни, однако нередко встречается и **у женщин в старости**.

ТАК КАКИЕ ЖЕ ВРАЧИ СТАЛКИВАЮТСЯ С ЭТОЙ ПРОБЛЕМОЙ?

Заболевание имеет множество симптомов, по поводу которых больной может обращаться:

- к терапевту,
- кардиологу,
- неврологу,
- оториноларингологу,
- пульмонологу,
- эндокринологу,
- и даже сексопатологу и психиатру.

В лечении этих пациентов могут участвовать также педиатры, стоматологи и челюстно-лицевые хирурги.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!



uMozg.ru