

Кабинет сомнологии

Эпикриз

Ф.И.О. пациента: Андреев Михаил Владимирович, 27.03.1969 г.р.

Жалобы: на периодический храп и остановки дыхания во время сна (замечают окружающие), значительную дневную сонливость вплоть до засыпания в неподходящих ситуациях.

Анамнез заболевания: 4 года назад в связи с жалобами на одышку, частые ОРВИ обратился к врачу, поставлен диагноз ХОБЛ 3 ст риск С, эмфизематозный тип, бронхитический тип. В 2022 году проведена бронхоскопия, обнаружены фиброзный полип левого главного бронха, фиброзный полип левой голосовой связки, биопсия не проведена в связи с ухудшением состояния при проведении фибробронхоскопии. Биопсия проведена в 2023 году. Патологогистологическое заключение: "Певческий бугорок" голосовой связки, Фиброзный полип бронха.

По данным кардиореспираторного мониторинга от 03.08.2020 г.:

КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫЕ СОБЫТИЯ: регистрируются периодические эпизоды нарушений дыхания во время сна в виде обструктивного апноэ и гипопноэ. Индекс апноэ/гипопноэ составил 73,6 эпизодов/час (N - до 5 эпизодов/час) с максимальной длительностью апноэ 56 сек, гипопноэ - 42 сек. В течение 55,6% времени мониторингования регистрировался прерывистый храп. SpO₂: зарегистрированы периодические десатурационные эпизоды с индексом десатурации 74,6 эпизодов/час (общее количество - 637 эп.), с максимальной длительностью десатурации 97 сек. Минимальная сатурация 75%, средняя сатурация за ночь 90,9%. Обращают на себя внимание длительные периоды

корытообразного и значимого снижения насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом. Нахождение насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом менее 88% - 1 час 26 минут. Запись ЭКГ по 1 каналу. За время мониторингирования: синусовый ритм; средняя ЧСС - 68,7 уд/мин. Зарегистрирована одиночная наджелудочковая экстрасистола. Желудочковой эктопической активности нет. Зарегистрированы эпизоды урежения и учащения ЧСС по типу "бради-тахи" на фоне эпизодов обструктивного апноэ с развитием брадикардии до 30 уд в минуту. Зарегистрированы эпизоды преходящей СА блокады с паузами до 2600 мс. В 100% случаев нарушения проводимости сердца связаны с дыхательными нарушениями. Диагностически значимого смещение сегмента ST не зарегистрировано. Заключение: Синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАС) тяжелой степени. Десатурационные признаки ночной гипоксемии и синдрома альвеолярной гиповентиляции.

Пациенту проведен подбор терапии поддержания положительного вентиляционного давления во время сна в течение 9 ночей. На этапе подбора применялись автоматический режим и режим двухуровневой вентиляции. При АРАР режиме (интервал давления 10-18 гПа) достигнута нормализация индекса апноэ/гипопноэ, однако сохранялись проявления гиповентиляции: средняя сатурация 90%, минимальная сатурация 75%. В связи с чем показана НИВЛ во время сна в режиме двухуровневой вентиляции БиПАП-ST.

Пациенту проведена терапия с применением аппарата автоматического поддержания положительного вентиляционного давления в течение 5 ночей. Интервал давления 6-16 гПа, применялись функция снижения давления на выдохе на 3 гПа и плавный старт в течение 10 минут с уровня давления 4,5 гПа. Маска носовая большого размера (L). Субъективно переносимость терапии хорошая, приверженность высокая, побочных явлений нет. По данным карты памяти прибора: медиана давления составила 6,0 гПа, 95%-персентиль давления 7,0 гПа, индекс респираторных событий 1,5 эп/час.

Заключение:

G47.3 Синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна тяжелой степени. Ночная гипоксемия.

Рекомендовано:

Постоянное проведение неинвазивной вентиляции легких во время сна (НИВЛ) в режиме двухуровневой вентиляции БиПАП ST. Маска носо-ротовая среднего размера (М).

Каппы не рекомендованы в связи с неэффективностью.



Заведующий кабинетом сомнологии, к.м.н.:



Белозерова Н.В.
13.01.2025 г.