

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Из практики

УДК 616.711-002+615.284.2-085-035.2

<https://doi.org/10.18692/1810-4800-2025-6-8-13>

Нестандартные противопоказания для СРАР-терапии у пациента с псориатическим спондилезом

И. Г. Арустамян¹, П. Ю. Кудинов², С. Р. Тагиева³

¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи, Санкт-Петербург, 190013, Российская Федерация

^{1,2,3} АНО «Медицинский центр «XXI век», Санкт-Петербург, 194044, Российская Федерация

¹ a-irina26@yandex.ru✉, <https://orcid.org/0000-0003-1874-8095>

² somnovip@mail.ru

³ sekinattagieva@inbox.ru, <https://orcid.org/0009-0001-7557-3570>

Реферат. В статье описан клинический случай пациента с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) и псориатическим спондилезом (хроническим воспалительным заболеванием позвоночника), при котором лечение постоянным положительным давлением (СРАР-терапия) оказалось невозможным из-за анатомических изменений в шейном отделе позвоночного столба. Пациенту была выполнена комплексная диагностика: полисомнография, слипэндоскопия, КТ околоносовых пазух и МРТ шейного отдела позвоночника, консультации ЛОР-врача и сомнолога. Пробный курс СРАР-терапии, предложенный изначально в качестве лечения, вызвал выраженную боль в горле, что, вероятно, было связано с изменениями глотки на фоне остеофитов шейного отдела. Альтернативные методы лечения, предложенные больному, включали позиционную терапию, гипоаллергенный быт, снижение массы тела, септум-операцию с вазотомией нижних носовых раковин, а также использование оральных устройств. Этот случай демонстрирует уникальное сочетание двух заболеваний — псориатического спондилеза и СОАС. Пациенты с деформациями структур глотки должны рассматриваться как группа риска при применении терапии постоянным положительным давлением. Важно отметить, что тщательная диагностика, включая МРТ шейного отдела позвоночника, и мультидисциплинарный подход могут существенно повысить эффективность терапии у данной группы пациентов.

Ключевые слова: псориатический спондилез, храп, синдром обструктивного апноэ во сне, СРАР-терапия, слипэндоскопия

Для цитирования: Арустамян И. Г., Кудинов П. Ю., Тагиева С. Р. Нестандартные противопоказания для СРАР-терапии у пациента с псориатическим спондилезом. *Российская оториноларингология. 2025;24(6):8-13.* <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2025-6-8-13>

GENERAL QUESTIONS OF OTOLARYNGOLOGY

Case study

Unusual contraindications for CPAP therapy in patient with psoriatic spondylosis**I. G. Arustamyan¹, P. Yu. Kudinov², S. R. Tagieva³**¹ Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose, and Speech, Saint Petersburg, 190013, Russian Federation^{1,2,3} Autonomous Non-Profit Organization „Medical Center ‘21st Century“, 194044, Russian Federation¹ a-irina26@yandex.ru✉, <https://orcid.org/0000-0003-1874-8095>² somnovip@mail.ru³ sekinattagieva@inbox.ru, <https://orcid.org/0009-0001-7557-3570>

Abstract. The article describes a clinical case of a patient with obstructive sleep apnea syndrome (OSA) and psoriatic spondylosis (a chronic inflammatory disease of the spine), in which continuous positive airway pressure (CPAP) therapy was impossible due to anatomical changes in the cervical spine. The patient underwent comprehensive diagnostics, including polysomnography, sleep endoscopy, CT of the paranasal sinuses, and MRI of the cervical spine, consultations with an ENT specialist and a sleep specialist. A trial course of CPAP therapy, initially proposed as treatment, caused severe throat pain, likely due to pharyngeal changes associated with cervical osteophytes. Alternative treatment methods offered to the patient included positional therapy, a hypoallergenic environment, weight loss, septoplasty with inferior turbinate reduction, and the use of oral devices. This case highlights a unique combination of two conditions — psoriatic spondylosis and OSA. Patients with structural deformations of the pharynx should be considered a risk group for CPAP therapy. It is important to note that thorough diagnostics, including MRI of the cervical spine, and a multidisciplinary approach can significantly improve the effectiveness of therapy in this patient group.

Keywords: psoriatic spondylosis, snoring, obstructive sleep apnea syndrome, CPAP therapy, sleep endoscopy

For citation: Arustamyan I. G., Kudinov P. Yu., Tagieva S. R. Unusual contraindications for CPAP therapy in patient with psoriatic spondylosis. *Russian Otorhinolaryngology*. 2025;24(6):8-13. (In Russ.) <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2025-6-8-13>

Введение

Псориатический спондилез — это хроническое воспалительное заболевание позвоночника, являющееся одной из форм псориатического артрита (ПсА), входящего в группу серонегативных спондилоартритов. Псориатический артрит — системное заболевание, поражающее суставы и энтезисы (места прикрепления сухожилий и связок к костям) и часто сопровождающееся псориазом — хроническим воспалительным заболеванием кожи, которое проявляется в виде чешуйчатых красных пятен на коже. Спондилез характеризуется поражением позвоночника и крестцово-подвздошных суставов, что приводит к болям в спине, утренней скованности и ограничению подвижности [1, 2].

Поражение позвоночника при псориатическом спондилезе встречается у 20–40% пациентов с псориатическим артритом, что делает его важным аспектом заболевания. Одним из ключевых патогенетических механизмов является воспаление энтезисов, что может приводить к образованию остеофитов и дегенеративным изменениям в межпозвоночных дисках. Это вы-

зывает хронические боли и нарушение функции позвоночника, особенно в поясничном и шейном отделах [3, 4].

Синдром обструктивного апноэ во сне (СОАС) представляет собой нарушение дыхания во время сна, вызванное повторяющейся обструкцией верхних дыхательных путей. Это приводит к кратковременным остановкам дыхания (апноэ) или снижению его глубины (гипопноэ), что вызывает пробуждения и снижает качество сна [5]. Основные факторы риска включают избыточную массу тела, возраст, курение и анатомические особенности строения дыхательных путей. СОАС также значительно увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний, гипертензии и когнитивных нарушений [5, 6].

Распространенность СОАС в общей популяции связывают с глобальной эпидемией ожирения. По последним данным, от умеренной до тяжелой формы СОАС страдает около 1 миллиарда человек в возрасте 30–69 лет во всем мире [6].

Показателем степени тяжести СОАС является индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ). Легкая форма СОАС диагностируется при ИАГ >5 и <15 в час,

умеренная — при ИАГ >15 и <30 , тяжелая — при ИАГ >30 в час [7].

Полисомнография является золотым стандартом диагностики СОАС. Однако она не всегда позволяет определить, какие именно структуры вызывают обструкцию верхних дыхательных путей [8, 9]. В таких случаях на помощь приходит слип-эндоскопия, которая позволяет оценить динамические изменения дыхательных путей во время медикаментозного сна [10].

Слип-эндоскопия является важным диагностическим методом, позволяющим выявить уровень и направление обструкции ВДП, что важно для выбора тактики лечения [8]. Слип-эндоскопия является ключевым инструментом для пациентов, у которых лечение, в том числе CPAP-терапия, оказывается неэффективным [8]. К абсолютным противопоказаниям слип-эндоскопии относят аллергию на пропофол или мидазолам, к относительным — тяжелую степень СОАС и тяжелую степень ожирения [11].

CPAP-терапия (CPAP — Continuous Positive Airway Pressure) является стандартом лечения СОАС и методом выбора у пациентов со средне-тяжелыми и тяжелыми формами СОАС. Она заключается в применении аппарата, который подает воздух под постоянным положительным давлением в дыхательные пути во время сна через маску, что предотвращает их обструкцию и устраняет эпизоды апноэ [7, 12]. Эффективность CPAP-терапии близка к 100% при пользовании аппаратом не менее 5 ночей в неделю по 4 часа и более [7]. Этот вид лечения существенно улучшает качество жизни пациентов с СОАС, снижая дневную сонливость и предотвращая серьезные осложнения, такие как гипертензия, инсульт и инфаркт миокарда [12]. Пациентам с нетяжелыми формами СОАС также может быть показана терапия постоянным положительным давлением в случае, например, сердечно-сосудистых поражений (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца), нарушений сердечного ритма и проводимости, связанных с нарушениями дыхания во сне, дисциркуляторной энцефалопатией 2–3-й степени, инсультом в анамнезе, выраженной дневной сонливостью и пр. Абсолютные противопоказания к применению CPAP-терапии отсутствуют. Относительными противопоказаниями являются:

- воспалительные заболевания глаз, придаточных пазух носа;
- заболевания крови с носовыми кровотечениями;
- хронические заболевания легких, осложненные дыхательной недостаточностью тяжелой степени (ДН 2–3-й степени);
- респираторный дистресс-синдром;
- сердечная недостаточность тяжелой степени (Н2Б–Н3);

– выраженная гипотония (артериальное давление ниже 90/60 мм рт. ст.);

- туберкулез;
- онкологические заболевания;
- наличие в анамнезе пневмоторакса, пневмомедиастинума;
- наличие пневмоцефалии, внутричерепной гипертензии и/или дисциркуляции спинномозговой жидкости;
- предшествующие хирургические вмешательства на головном мозге, среднем или внутреннем ухе, гипопфизе;
- психические заболевания с когнитивными нарушениями [13].

Несмотря на доказанную эффективность, у некоторых пациентов могут возникать трудности при адаптации к аппарату, такие как сухость слизистых, дискомфорт от маски, раздражение кожи лица, что снижает комплаентность пациента к терапии и требует поиска альтернативных методов лечения [14, 15].

Клинический случай. Мужчина, 48 лет, обратился в медицинский центр «XXI век» с жалобами на храп, поверхностный и не освежающий сон, дневную сонливость, заложенность носа.

В анамнезе у него имеются псориаз, спондилез, фибрилляция предсердий с ранее установленным кардиостимулятором, аллергия на цветение и шерсть животных, а также избыточная масса тела (ИМТ = 29).

Пациенту выполнена полисомнография, по результатам которой выявлена средняя степень обструктивного апноэ во сне (ИАГ 17,7). Минимальный уровень оксигенации 83%, средний — 93%. Максимальная длительность десатурации 115 с, средняя — 52 с. Индекс храпа 58,4 в час. Важно отметить, что и остановки дыхания во сне, и храп возникали преимущественно в положении пациента на спине. Индекс автономных пробуждений, связанных со сном, — 299 (норма до 21) (рис. 1).

Во время осмотра ЛОР-врачом выявлено стойкое затруднение носового дыхания, искривление перегородки носа в виде гребня в задних отделах в правую сторону, умеренный отек слизистой оболочки полости носа. Кроме того, был диагностирован хронический тонзиллит. Стоит отметить, что при фарингоскопии слизистая оболочка задней стенки глотки розовая, гладкая, гипертрофии небных миндалин и мягкого неба обнаружено не было, тест Маллампатти — класс 3. Ретрогнатия или микрогнатия выявлены не были. По данным КТ ОНП пневматизация пазух была сохранена в полном объеме. По результатам слип-эндоскопии было выявлено сужение дыхательных путей в передне-заднем направлении на уровне мягкого неба. Более того, была обнаружена тотальная обструкция дыхательных путей в передне-заднем



Рис. 1. Фрагмент полисомнографического исследования
Fig. 1. Fragment of a polysomnographic study

направлении на уровне корня языка. Проба с выдвижением нижней челюсти была положительной и приводила к увеличению просвета глотки. При повороте головы вправо и влево степень обструкции также снижалась (рис. 2, 3).

Учитывая уровень обструкции, выраженную дневную сонливость, наличие у пациента фибрилляции предсердий, а также отсутствие у него настроя на хирургическое лечение, больному был назначен пробный курс СРАР-терапии. Однако проведение СРАР-терапии осложнилось появлением острой боли в горле на фоне лечения. При этом боль сохранялась в течение нескольких дней и повторно возникала во время неинвазивной вентиляции. Пациент был повторно консульти-

рован сомнологом для подбора оптимальных параметров СРАР-терапии. Несмотря на корректировку давления в аппарате и смену маски, боль сохранялась, что сделало продолжение СРАР-терапии невозможным. Так как во время осмотра врачом-отоларингологом также не было выявлено острой патологии глотки, пациенту было рекомендовано выполнить МРТ мягких тканей шеи для исключения новообразований данной области. По результатам обследования были выявлены выраженные клювовидные костные разрастания по смежным поверхностям тел С3–С6 позвонков (значительные проявления спондилеза), деформирующие нижний констриктор глотки, больше в правых отделах. Наличие данной анатомической

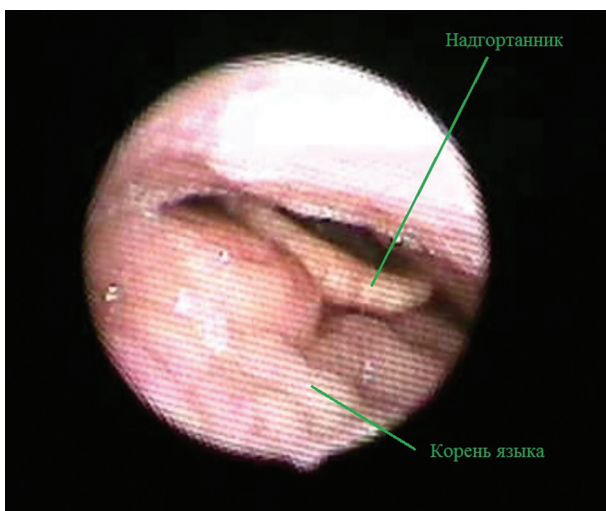


Рис. 2. Обструкция на уровне корня языка
Fig. 2. Obstruction at the level of the tongue root

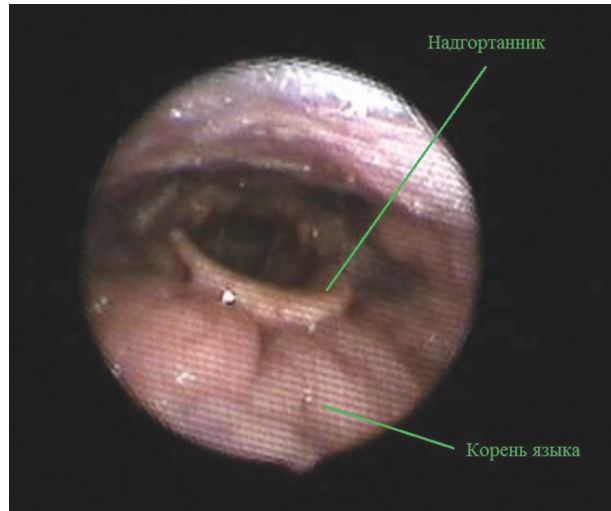


Рис. 3. Состояние после выдвижения челюсти
Fig. 3. Condition after jaw advancement

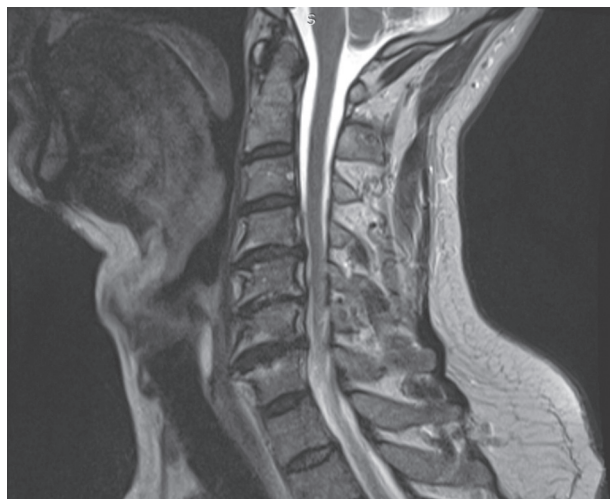


Рис. 4. МРТ шейного отдела позвоночника (сагиттальная проекция): клювовидные костные разрастания C3–C6 позвонков
Fig. 4. MRI of the cervical spine (sagittal projection): beak-shaped osteophytes of the C3–C6 vertebrae

деформации могло приводить к болевым ощущениям при повышении давления в дыхательных путях на фоне неинвазивной вентиляции легких. Выраженные разрастания были особенно заметны на правой стороне, что коррелировало с локализацией болевых ощущений у пациента (рис. 4).

После обсуждения случая с мультидисциплинарной сомнологической командой было принято решение отказаться от СРАР-терапии. В качестве альтернативных методов лечения пациенту предложены позиционная терапия, гипоаллер-

генный быт, снижение массы тела, септум-операция с вазотомией нижних носовых раковин, а также использование оральных устройств, которые способствуют улучшению проходимости дыхательных путей за счет выдвижения нижней челюсти вперед.

Обсуждение

Этот случай демонстрирует уникальное сочетание двух заболеваний — псориатического спондилеза и СОАС, при котором применение СРАР-терапии оказалось невозможным из-за анатомических особенностей в шейном отделе позвоночника. В связи с этим можно предположить, что пациенты с деформациями структур глотки должны рассматриваться как группа риска при применении терапии постоянным положительным давлением. Важно отметить, что тщательная диагностика, включая МРТ шейного отдела позвоночника, и мультидисциплинарный подход могут существенно повысить эффективность терапии у данной группы пациентов.

Заключение

Представленный случай наглядно иллюстрирует, что наличие коморбидной патологии, в частности псориатического спондилеза, может быть ключевым фактором, ограничивающим применение золотого стандарта лечения СОАС. Это требует от врачей повышенной настороженности, углубленной диагностики и разработки персонализированных альтернативных стратегий лечения.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. FitzGerald O, Ogdie A, Chandran V, Coates LC, Kavanaugh A, Tillett W. Psoriatic arthritis. *Nat Rev Dis Primers*. 2021;7(1):59. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00293-y>
2. Coates LC, Cook R, Lee KA, Chandran V, Gladman DD. Frequency, predictors, and prognosis of sustained minimal disease activity in an observational psoriatic arthritis cohort. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62(7):970–976. <https://doi.org/10.1002/acr.20162>
3. Michelena X, Poddubnyy D, Marzo-Ortega H. Axial Psoriatic Arthritis: A Distinct Clinical Entity in Search of a Definition. *Rheum Dis Clin North Am*. 2020;46(2):327–341. <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2020.01.009>
4. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum*. 2006;54(8):2665–2673. <https://doi.org/10.1002/art.21972>
5. Javaheri S, Barbe F, Campos-Rodriguez F, Dempsey JA, Khayat R, Javaheri S. Sleep Apnea: Types, Mechanisms, and Clinical Cardiovascular Consequences. *J Am Coll Cardiol*. 2017;69(7):841–858. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2016.11.069>
6. Benjafield AV, Ayas NT, Eastwood PR, Heinzer R, Ip MSM, Morrell MJ. Estimation of the global prevalence and burden of obstructive sleep apnoea: a literature-based analysis. *Lancet Respir Med*. 2019;7(8):687–698. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(19\)30198-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(19)30198-5)
7. Vroegop AV, Vanderveken OM, Boudewyns AN, Scholman J, Saldien V, Wouters K. Drug-induced sleep endoscopy in sleep-disordered breathing: report on 1,249 cases. *Laryngoscope*. 2014;124(3):797–802. <https://doi.org/10.1002/lary.24479>
8. Клинические рекомендации «Синдром обструктивного апноэ сна — диагностика и консервативное лечение: позиция невролога». 2020. *Klinicheskie rekomendatsii „Sindrom obstruktivnogo apnoe sna — diagnostika i konservativnoe lechenie: pozitsiya nevrologa“*. 2020. (In Russ.)
9. Дайхес Н. А., Джафарова М. З., Авербух В. М., Кузнецов А. О. Современные системы оценки результатов слип-эндоскопии. *Экспериментальная и клиническая оториноларингология*. 2019;(1):43–47.

- Daikhes N. A., Dzhabarova M. Z., Averbukh V. M., Kuznetsov A. O. Sovremennye sistemy otsenki rezul'tatov slip-endoskopii. *Eksperimental'naya i klinicheskaya otorinolaringologiya*. 2019;(1):43-47. (In Russ.)
10. Бузунов Р. В., Лерейда И. В., Царева Е. В. Храп и синдром обструктивного апноэ сна у взрослых и детей: практическое руководство для врачей. М., 2013. 124 с.
Buzunov R. V., Legeida I. V., Tsareva E. V. Khrap i sindrom obstruktivnogo apnoe sna u vzroslykh i detey. *Prakticheskoe rukovodstvo dlya vrachev*. Moscow, 2013. 124 p. (In Russ.)
 11. Джафарова М. З., Авербух В. М., Кузнецов А. О. Исследование верхних дыхательных путей во время медикаментозного сна. *Российская ринология*. 2018;26(3):30-36. <https://doi.org/10.17116/rosrino20182603130>
Dzhabarova M. Z., Averbukh V. M., Kuznetsov A. O. Issledovanie verkhnikh dykhatel'nykh putei vo vremya medikamentoznogo sna. *Rossiiskaya rinologiya*. 2018;26(3):30-36. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/rosrino20182603130>
 12. Литвин А. Ю., Елфимова Е. М., Чазова И. Е. СИПАП-терапия у пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна и артериальной гипертензией: мнение экспертов. *Системные гипертензии*. 2018;(2):77-78. https://doi.org/10.26442/2075-082X_2018.2.77-78
Litvin A. Yu., Elfimova E. M., Chazova I. E. Continuous positive airway pressure (CPAP) therapy in patients with obstructive sleep apnea syndrome and arterial hypertension: expert opinion. *Systemic Hypertension*. 2018;15(2):77-78. (In Russ.) https://doi.org/10.26442/2075-082X_2018.2.77-78
 13. Абельская И. С., Лихачев С. А., Чечик Н. М. СИПАП-терапия: технология, показания, противопоказания. *Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа*. 2013;2(18):5-10. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=19013793>
Abel'skaya I. S., Likhachev S. A., Chechik N. M. CPAP-therapy: technology, indications, contraindications. *Neurology and neurosurgery. Eastern Europe*. 2013;2(18):5-10. (In Russ.) <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=19013793>
 14. Ященко А. В. Осложнения синдрома обструктивного апноэ сна. *Медицинский вестник МВД*. 2018;(1):25-30. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32686920>
Yashchenko A. V. Complications of obstructive sleep apnea syndrome. *Meditinskii vestnik MVD*. 2018;(1):25-30. (In Russ.) <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32686920>
 15. Ященко А. В. Синдром обструктивного апноэ сна: трудности диагностики и лечения. *Медицинский вестник МВД*. 2016;(5):19-26. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26682415>
Yashchenko A. V. Obstructive sleep apnea syndrome: diagnosis and treatment problems. *Meditinskii vestnik MVD*. 2016;(5):19-26. (In Russ.) <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26682415>

Вклад авторов

Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Contribution of authors

All authors made an equivalent contribution to the preparation of the publication.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

Информация об авторах

Арустамян Ирина Григорьевна — кандидат медицинских наук, научный сотрудник, врач-оториноларинголог, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи (190013, Российская Федерация, Санкт-Петербург, Бронницкая ул., д. 9); АНО «Медицинский центр «Двадцать первый век» (194044, Российская Федерация, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 45); a-irina26@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1874-8095>

Кудинов Павел Юрьевич — врач-терапевт-сомнолог, АНО «Медицинский центр «Двадцать первый век» (194044, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 45); somnovip@mail.ru

Тагиева Секинат Руслановна — врач-педиатр, АНО «Медицинский центр «Двадцать первый век» (194044, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 45); sekinattagieva@inbox.ru, <https://orcid.org/0009-0001-7557-3570>

Information about authors

Irina G. Arustamyan — Candidate of Sciences (Med.), Research Fellow, Otolaryngologist, Research Scientist, Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech (9, Bronnitskaya str., Saint Petersburg, Russian Federation, 190013); Autonomous Non-Profit Organization „Medical Center ‘21st Century“ (45, Bolshoy Sampsonievsky Ave., Saint Petersburg, Russian Federation, 194044); a-irina26@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1874-8095>

Pavel Yu. Kudinov — Therapist-Somnologist, Autonomous Non-Profit Organization „Medical Center ‘21st Century“ (45, Bolshoy Sampsonievsky Ave., Saint Petersburg, Russian Federation, 194044); somnovip@mail.ru

Sekinat R. Tagiyeva — Pediatrician, Autonomous Non-Profit Organization „Medical Center ‘21st Century“ (45, Bolshoy Sampsonievsky Ave., Saint Petersburg, Russian Federation, 194044); sekinattagieva@inbox.ru, <https://orcid.org/0009-0001-7557-3570>

Поступила / Received 30.09.2025

Поступила после рецензирования / Revised 21.10.2025

Принята в печать / Accepted 30.10.2025