



¹ Санкт-Петербургский
научно-исследовательский
институт уха, горла,
носа и речи

² Санкт-Петербургский
государственный
университет

Структурная характеристика пациентов с жалобами на храп и остановки дыхания во сне в практике оториноларинголога

М.А. Будковская, к.м.н.^{1,2}, П.М. Дахадаева¹, К.О. Самсонова¹, А.А. Асламбекова¹

Адрес для переписки: Марина Александровна Будковская, marina-laptijova@yandex.ru

Для цитирования: Будковская М.А., Дахадаева П.М., Самсонова К.О., Асламбекова А.А. Структурная характеристика пациентов с жалобами на храп и остановки дыхания во сне в практике оториноларинголога. Эффективная фармакотерапия. 2025; 21 (40): 48–53.

DOI 10.33978/2307-3586-2025-21-40-48-53

Актуальность. Храп и синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) являются распространенными проблемами, которые часто приводят пациентов на прием к лор-врачу. Данное исследование посвящено структурной характеристике пациентов с этими жалобами, с анализом анатомических особенностей верхних дыхательных путей, которые могут предрасполагать к развитию храпа и СОАС. В практике врачей-оториноларингологов пациенты с жалобами на храп составляют весомую долю и требуют особого внимания в связи с риском развития ряда тяжелых и жизнеугрожающих состояний, в том числе при проведении плановых оперативных вмешательств. Для успешной диагностики и лечения этих состояний необходима тщательная оценка анатомических особенностей верхних дыхательных путей.

Цель. Комплексный анализ структуры пациентов с жалобами на храп и остановки дыхания во сне в клинической практике лор-врача.

Материал и методы. Обследовано 30 пациентов с жалобами на храп, дневную сонливость и остановки дыхания во сне. Проведено анкетирование по опроснику STOP-BANG, определен индекс массы тела, произведены анализ общей соматической патологии, комплексный оториноларингологический осмотр, кардиореспираторный мониторинг сна, осмотр челюстно-лицевого хирурга, аллерголога и терапевта. Средний возраст пациентов составил $44 \pm 0,7$ года.

Результаты. Выявлено преобладание мужчин (27 (90%)) над женщинами (3 (10%)). По данным анализа индекса массы тела установлено предожирение у 13 (43,3%) пациентов, ожирение I степени – у пяти (16,7%) больных, ожирение II степени – у трех (10%), ожирение III степени – у двух (6,7%) обследованных. У шести (20%) пациентов установлена гипертоническая болезнь, у трех (10%) больных – патология бронхолегочной системы. Патология зубочелюстной системы выявлена у 18 (60%) больных. Среди заболеваний лор-органов заболевания в полости носа выявлены у 22 (73,3%) обследованных: у двух (6,7%) пациентов имелось искривление перегородки носа, у трех (10%) – хронический верхнечелюстной синусит, у шести (20%) – аллергический ринит, у восьми (26,7%) – вазомоторный ринит, у трех (10%) – полипозный риносинусит. Гипертрофия глоточной миндалины диагностирована у двух (6,7%) пациентов. По данным анамнеза, девять (30%) обследованных перенесли операции по поводу травм носа, аденотомию – семь (23,3%), увулопалатофарингопластику – четыре (13,3%) пациента с неудовлетворительным результатом, тонзиллэктомию – пять (16,7%), септопластику – два (6,7%) пациента. Согласно результатам анкетирования по опроснику STOP-BANG, у шести (20%) пациентов установлен низкий риск наличия СОАС, у двенадцати (40%) – средний риск и у двенадцати (40%) – высокий риск.



Заключение. Полученные в настоящем исследовании результаты свидетельствуют о широком распространении заболеваний лор-органов и высоком коморбидном фоне у пациентов с жалобами на храп и подтверждают актуальность оценки состояния верхних дыхательных путей врачом-оториноларингологом, а также подчеркивают необходимость использования мультидисциплинарного подхода при обследовании данной категории больных.

Ключевые слова: апноэ, храп, мониторинг сна

Введение

В настоящее время в России все большее внимание специалистов различных медицинских направлений сосредоточено на изучении нарушений дыхания во сне. В практике врачей-оториноларингологов пациенты с жалобами на храп составляют весомую долю и требуют особого внимания в связи с риском развития ряда тяжелых жизнеугрожающих состояний, в том числе при проведении плановых оперативных вмешательств.

Одним из таких респираторных нарушений во сне является синдром обструктивного апноэ сна (СОАС). Данное патологическое состояние характеризуется повторяющимися эпизодами обструкции верхних дыхательных путей, сопровождаемыми гипоксемией, нарушением частоты сердечных сокращений, ночным возбуждением и фрагментированным сном [1–6]. К основным симптомам СОАС относят храп, остановку дыхания во сне, нарушение качества сна, дневную сонливость и снижение нейрокognитивных функций [1, 4, 7–9].

Согласно данным ряда исследований, храп отмечается у одной трети взрослого населения, а среднее значение частоты выявления этого акустического феномена в популяции составляет 16,8% [3, 4]. В возрасте 30–35 лет храпят 40% мужчин и 20% женщин [4]. Среди храпящих людей СОАС страдают от 10 до 20%, а третья часть всех пациентов с СОАС имеют сопутствующие заболевания лор-органов [10, 11]. Ожирение, возраст, пол, расовая и этническая принадлежность, семейный анамнез, вредные привычки (алкоголизм, курение) считают факторами риска развития СОАС [1, 4, 12]. Доказано, что риск развития СОАС имеет корреляцию с индексом массы тела (ИМТ): при увеличении данного показателя повышается риск развития СОАС. Это связано с сужением просвета верхних дыхательных путей из-за избытка жировой ткани и с нарушением компенсаторных механизмов нервной регуляции верхних дыхательных путей [1, 2, 13, 14]. СОАС наблюдают у лиц разного возраста, но, по мнению ряда авторов, данное заболевание возникает чаще у пожилых, нежели у людей среднего возраста. Лица мужского пола более подвержены СОАС: мужчин с этим синдромом в полтора раза больше, чем женщин, и причины такого неравенства до конца не изучены [2–4, 15].

Механизм развития храпа и обструкции верхних дыхательных путей является многофакторным

и включает ряд причин, среди которых важное значение имеют изменения челюстно-лицевой области, нарушение функции мышц и иннервации верхних дыхательных путей, нарушение оттока лимфы и крови от шеи, различные патологические состояния со стороны лор-органов и т.д. [2, 16]. Следствием обструкции являются временная гипоксия и гиперкапния, что вызывает усиление экскурсии грудной клетки с последующей вторичной активацией симпатической нервной системы, приводя к колебаниям артериального давления, учащению сердцебиения и многим другим патологическим состояниям [17–19].

Таким образом, синдром обструктивного апноэ сна влияет не только на дыхательную, но и на сердечно-сосудистую, центральную и вегетативную нервную системы [19]. СОАС ассоциируют с такими заболеваниями, как артериальная гипертензия, аритмия, инсульт, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз и метаболические нарушения [20–22]. В связи с системностью действия СОАС, а также с многофакторностью его механизма необходимо вовлечение специалистов разного профиля для изучения и лечения этого заболевания [23, 24]. В то же время с учетом того, что ведущую роль в механизме СОАС играют изменения конфигурации и свойств верхних дыхательных путей во время сна, важное место в диагностике и лечении данного заболевания занимает врач-оториноларинголог [8, 11].

Цель нашего исследования состояла в комплексном анализе структуры пациентов с жалобами на храп и остановки дыхания во сне в клинической практике врача-оториноларинголога.

Материал и методы

На базе клинико-диагностического центра ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России было проведено обследование 30 пациентов с жалобами на храп и/или дневную сонливость, а также остановки дыхания во сне, со слов самих пациентов или их близких. В исследование были включены пациенты в возрасте 18 лет и старше, без острых воспалительных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей и вне обострения хронической патологии респираторного тракта. Женщины на любых сроках беременности исключались из исследования. Пациентам проводили анкетирование по опроснику STOP-BANG для определения возможного риска наличия СОАС [25],



определяли индекс массы тела в соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения от 2006 г. с использованием онлайн-калькулятора [26]. Особое внимание было уделено анализу сопутствующей соматической патологии, данным хирургического анамнеза в отношении предшествующих оперативных вмешательств на лор-органах. Объективные методы исследования включали: комплексный оториноларингологический осмотр с оценкой степени гипертрофии небных миндалин по классификации А.Г. Лихачева, трансназальную фиброларингоскопию с диагностической пробой Мюллера для оценки уровня обструкции дыхательных путей на уровне мягкого неба, спиральную компьютерную томографию околоносовых пазух, респираторный мониторинг во сне с использованием респираторного полиграфа «Снорлекс» для оценки степени тяжести СОАС по общепринятой классификации, предложенной American Academy of Sleep Medicine, и расширенным анализом позиционного влияния СОАС на формирование респираторных нарушений.

Дополнительно, при наличии показаний, обследуемые были осмотрены челюстно-лицевым хирургом, стоматологом, аллергологом, неврологом, терапевтом и другими смежными специалистами. Аналитическую и статистическую части работы, построение таблиц и графиков осуществляли с помощью лицензионного программного обеспечения Statistica for Windows, версия 5.5.

Результаты

Возраст обследованных пациентов составил от 18 до 65 лет, средний возраст – $44 \pm 0,7$ года, что говорит о преобладании жалоб на храп и в ряде случаев – на остановки дыхания во сне у лиц трудо-



Рис. 1. Доля видов нарушений со стороны лор-органов, %

способного возраста. Соотношение мужчин и женщин составило девять к одному. Среди дополнительных жалоб, помимо храпа, 27 (90%) пациентов отмечали сопутствующие проблемы со стороны лор-органов. Среди них наиболее частыми симптомами были: затруднение носового дыхания, усиливающееся во время сна, дискомфорт в горле в виде сухости или периодической боли (рис. 1).

По данным опросника STOP-BANG, низкий риск наличия СОАС установлен у шести (20%) пациентов, средний риск выявлен у 12 (40%) обследованных, высокий риск – также у 12 (40%).

У 13 (43,3%) больных выявлена избыточная масса тела (предожирение). Ожирение I степени установлено у пяти (16,7%) обследуемых, средний ИМТ – $34 \pm 0,2$ кг/м², ожирение II степени – у трех (10%) больных, ожирение III степени – у двух (6,7%). Показатели, соответствующие нормальной массе тела, выявлены только у семи (23,3%) пациентов.

По данным хирургического анамнеза, 27 (90%) больных ранее перенесли оперативные вмешательства на лор-органах: операции по поводу травм носа – девять (30%); аденомотомию в детстве – семь (23,3%); двустороннюю тонзилэктомию во взрослом возрасте – пять (16,7%); с целью коррекции храпа, но без предшествующего сомнологического обследования четверем (13,3%) пациентам проведена увулопалатофарингопластика с использованием различных техник; двум (6,7%) обследуемым – септопластика. Однако, со слов больных, эффект в отношении коррекции храпа либо был непродолжительным, в среднем 4–6 месяцев, либо совсем не наблюдался.

Среди сопутствующей соматической патологии у обследуемых выявлены: гипертоническая болезнь у шести (20%), хронический бронхит – у двух (6,7%), бронхиальная астма – у одного (3,3%), в связи с чем были привлечены терапевт и пульмонолог к разработке дальнейшего плана ведения этих пациентов. Аномалии челюстно-лицевой области (микро- и ретрогнатия) установлены у шести (20%) пациентов. Вертикальные аномалии прикуса выявлены у 12 (40%) пациентов. У 24 (80%) пациентов диагностированы кариес полости рта и его осложнения, что стало причиной лечения у стоматолога на первом этапе. Частичная потеря зубов наблюдалась у 21 (70%) пациента.

При объективном обследовании пациентов со стороны лор-органов на уровне полости носа и носоглотки выявлены: аллергический ринит – у шести (20%) пациентов, вазомоторный ринит – у восьми (26,7%) человек, хронический полипозный риносинусит – у трех (10%), хронический верхнечелюстной риносинусит – также у трех (10%) больных, что потребовало во всех вышеперечисленных случаях компьютерной томографии околоносовых пазух для уточнения степени распространения полипозного процесса в синусах и последующего консервативного лечения как первого этапа веде-

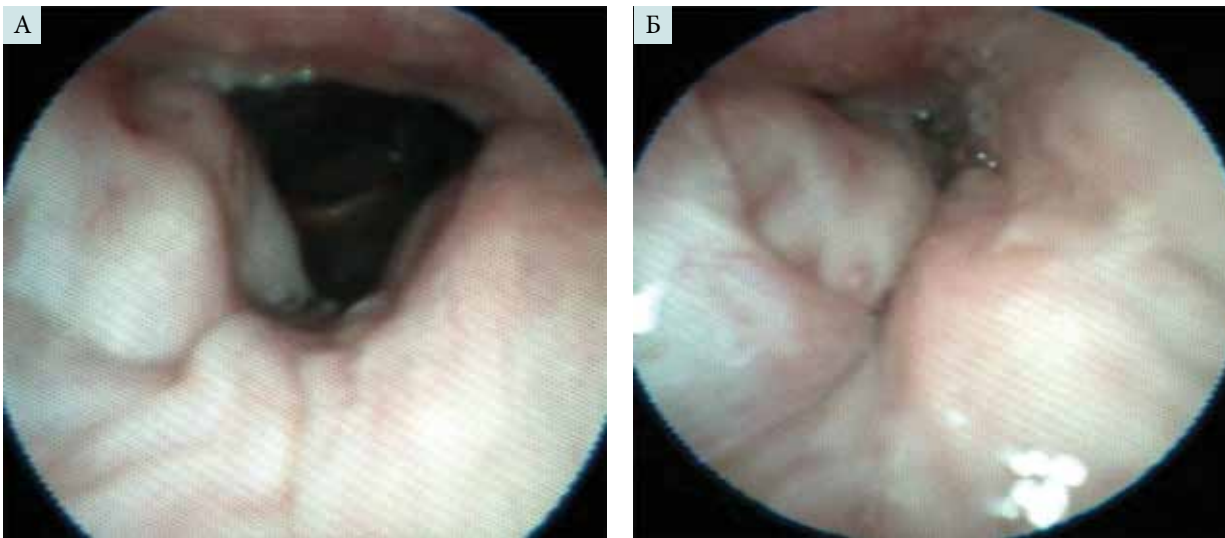


Рис. 2. Результаты трансназальной фиброларингоскопии с тяжелой степенью синдрома обструктивного апноэ сна: А – до пробы Мюллера; Б – при пробе Мюллера (полный боковой коллапс верхних дыхательных путей за счет «целующихся небных миндалин»)

ния. Гипертрофия аденоидов II степени по классификации А.Г. Лихачева в сочетании с искривлением перегородки носа установлена у двух (6,7%) пациентов. Искривление привело к частичному сужению просвета верхних дыхательных путей на назофарингеальном уровне в положении лежа на спине и потребовала проведения планового оперативного лечения в объеме септопластики и аденотомии.

Нарушения проходимости верхних дыхательных путей на уровне ротоглотки были диагностированы у семи (23,3%) пациентов. При этом наиболее частой их причиной была гипертрофия небных миндалин или коллапс структур мягкого неба. Следует отметить, что гипертрофия небных миндалин привела к формированию полного бокового сужения у двух (6,7%) пациентов с гипертрофией небных миндалин III и IV степени при пробе Мюллера (рис. 2), в остальных случаях отмечено частичное боковое сужение просвета верхних дыхательных путей в положении лежа на спине.

Гипертрофия небного язычка с возникновением частичного переднезаднего коллапса на орофарингеальном уровне верхних дыхательных путей определялась у четырех (13,3%) пациентов. Полное концентрическое сужение на вышеуказанном уровне установлено у восьми (26,7%) человек. На гипофарингеальном уровне частичное сужение просвета верхних дыхательных путей определено у одного (3,3%) пациента за счет омегаобразного надгортанника. Многоуровневый частичный коллапс установлен у одного (3,3%) пациента, полный коллапс – также у одного (3,3%) больного.

По результатам респираторного мониторинга во сне неосложненный позиционно зависимый храп зарегистрирован у пяти (16,7%) пациентов.

Последний сочетался у двух (6,7%) обследованных с наличием искривления перегородки носа, у одного (3,3%) пациента – с гипертрофией аденоидов II степени в сочетании с аллергическим ринитом и у двух (6,7%) больных – с гипертрофией небного язычка и формированием переднезаднего сужения на орофарингеальном уровне.

Выявленные нарушения потребовали комплексного обследования у аллерголога, проведения планового оперативного лечения в объеме септопластики с аденотомией и вазотомией нижних носовых раковин с одновременным назначением позиционной терапии и курса упражнений для укрепления мышц глотки в качестве первого этапа лечения для нормализации функции носового дыхания и укрепления мышц глотки.

Легкая степень СОАС – индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ) 10,3 события в час – обнаружена у трех (10%) обследованных на фоне ретрогнатии и частичного коллапса мышц мягкого неба на орофарингеальном уровне, что потребовало применения индивидуальных внутриротовых устройств для сна, а также позиционной терапии и проведения упражнений для укрепления мышц глотки на первом этапе лечения.


У 18 (60%) больных выявлена тяжелая степень СОАС (ИАГ – 56 ± 8 событий в час), обусловленная у восьми (26,7%) обследованных избыточной массой тела с формированием полного концентрического коллапса просвета дыхательных путей на орофарингеальном уровне, что потребовало дополнения лечения у терапевта, коррекции эндокринных нарушений и долгосрочной неинвазивной вентиляции легких в режиме CPAP-терапии (Continuous positive airway pressure). Данное лечение было проведено также пяти (16,7%) па-



циентам с гипертрофией небных миндалин III–IV степени и переходящей полной обструкцией верхних дыхательных путей в качестве первого этапа перед планируемой увулопалатофарингопластикой с двусторонней тонзиллэктомией.

Обструкция дыхательных путей на ларингеальном уровне за счет омегаобразного надгортанника также стала основанием для долгосрочной CPAP-терапии. У четырех (13,3%) пациентов зафиксирован СОАС средней степени тяжести (ИАГ 23 ± 4 события в час) за счет преимущественно концентрического сужения глотки на орофарингеальном и гипофарингеальном уровнях, что потребовало в двух случаях CPAP-терапии, а в двух других для стабилизации просвета дыхательных путей помимо CPAP-терапии были использованы внутриротовые устройства на долгосрочной основе с положительным эффектом. Хирургическая коррекция внутриносовых структур у 11 (36,7%) больных позволила восстановить носовое дыхание и повысить приверженность к CPAP-терапии у четырех (13,3%) пациентов.

Заключение

При обращении пациентов к оториноларингологу с жалобами на храп практически у 50% обследуемых объективно регистрируют СОАС тяжелой степени и у 90% – патологию лор-органов. По данным оценки общесоматического статуса, более 10% больных страдают предожирением и ожирением, а также гипертонической болезнью. Наиболее частой причиной неудовлетворительных результатов коррекции храпа и СОАС при ринохирургических вмешательствах и увулопалатофарингопластике служит отсутствие предварительного комплексного обследования динамических изменений просвета дыхательных путей во время сна, а также предварительного сомнологического обследования. Для достижения хорошего функционального эффекта и предотвращения осложнений при выборе тактики лечения пациентов с жалобами на храп необходим мультидисциплинарный подход. 

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Platon A.L., Stelea C.G., Boișteanu O., et al. An update on obstructive sleep apnea syndrome – a literature review. *Medicina* (Kaunas). 2023; 59 (8): 1459.
2. Lv R., Liu X., Zhang Y., et al. Pathophysiological mechanisms and therapeutic approaches in obstructive sleep apnea syndrome. *Signal. Transduct. Target Ther.* 2023; 8 (1): 218.
3. Алексеева О.В., Шнайдер Н.А., Демко И.В., Петрова М.М. Синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна: критерии степени тяжести, патогенез, клинические проявления и методы диагностики. *Сибирский медицинский журнал* (Иркутск). 2016; 140 (1): 91–97.
4. Крючкова О.Н., Котолупова О.В., Кадыров Р.М. и др. Синдром обструктивного апноэ сна: больше, чем «просто храп». *Крымский терапевтический журнал.* 2019; 3: 46–50.
5. Kazemeini E., Van de Perck E., Dieltjens M., et al. Critical to know Pcrit: a review on pharyngeal critical closing pressure in obstructive sleep apnea. *Front. Neurol.* 2022; 13: 775709.
6. Комаров М.В., Потапова П.Д. Диагностика и лечение синдрома обструктивного апноэ сна в оториноларингологии. *РМЖ. Медицинское обозрение.* 2019; 2 (2): 59–62.
7. Bosi M., De Vito A., Gobbi R., et al. The importance of obstructive sleep apnoea and hypopnea pathophysiology for customized therapy. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 2017; 274 (3): 1251–1261.
8. Апостолиди К.Г., Савчук О.В., Золотухин С.Ю., Добриков Е.А. Роль оториноларинголога в решении проблемы синдрома обструктивного апноэ сна и значение эндоскопии верхних дыхательных путей в диагностике этой патологии. *Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова.* 2021; 16 (1): 158–162.
9. Mohammadih A., Sutherland K., Cistulli P.A. Sleep disordered breathing: management update. *Intern. Med. J.* 2017; 47 (11): 1241–1247.
10. Chang H.P., Chen Y.F., Du J.K. Obstructive sleep apnea treatment in adults. *Kaohsiung J. Med. Sci.* 2020; 36 (1): 7–12.
11. Свистушкин В.М. Роль врача-оториноларинголога в решении проблемы храпа и синдрома обструктивного апноэ сна. *Consilium Medicum.* 2015; 17 (10): 41–42.
12. Тишкевич Е.С., Колядич Ж.В. Факторы риска синдрома обструктивного апноэ во сне. *Оториноларингология. Восточная Европа.* 2020; 10 (2): 96–102.
13. Лищишин Д.Н., Жогло А.О., Макарова И.В. Особенности течения гипертонической болезни у пациентов с ожирением и синдромом обструктивного апноэ во сне. *Известия Российской военно-медицинской академии.* 2019; 38 (S1–3): 9–11.
14. Tai J.E., Phillips C.L., Yee B.J., Grunstein R.R. Obstructive sleep apnoea in obesity: A review. *Clin. Obes.* 2024; 14 (3): e12651.
15. Hamilton G.S., Joosten S.A. Obstructive sleep apnoea and obesity. *Aust. Fam. Physician.* 2017; 46 (7): 460–463.
16. Lévy P., Kohler M., McNicholas W.T., et al. Obstructive sleep apnoea syndrome. *Nat. Rev. Dis. Primers.* 2015; 1: 15015.
17. Зайкина Н.Л., Колядич Ж.В., Семеник Т.А. и др. Механизм длительной остановки дыхания во сне у пациентов с синдромом обструктивного апноэ во сне. *Оториноларингология. Восточная Европа.* 2016; 6 (1): 40–46.



18. Whyte A., Gibson D. Adult obstructive sleep apnoea: pathogenesis, importance, diagnosis and imaging. *J. Med. Imaging Radiat. Oncol.* 2020; 64 (1): 52–66.
19. Malhotra A., Orr J.E., Owens R.L. On the cutting edge of obstructive sleep apnoea: where next? *Lancet Respir. Med.* 2015; 3 (5): 397–403.
20. Полонский Е.Л. Синдром обструктивного апноэ сна – фактор развития атеросклероза сонных артерий и церебральной микроангиопатии. *Современные проблемы науки и образования.* 2024; 5: 90.
21. Randerath W., Bonsignore M.R., Herkenrath S. Obstructive sleep apnoea in acute coronary syndrome. *Eur. Respir. Rev.* 2019; 28 (153): 180114.
22. Михайлова О.О., Гогиберидзе К.О., Елфимова Е.М. и др. Неконтролируемая артериальная гипертензия и синдром обструктивного апноэ сна: комплексный подход к лечению. *Системные гипертензии.* 2022; 19 (3): 41–47.
23. Колядич Ж.В., Калинин А.Л. Синдром обструктивного апноэ сна: взгляд оториноларинголога и сомнолога. *Терапия.* 2016; 1 (5): 42–50.
24. Сурикова Н.А., Глухова А.С. Синдром обструктивного апноэ сна: обзор литературы. *CardioСоматика.* 2023; 14 (1): 67–76.
25. Chung F., Hairil R., Abdullah H.R., Liao P. STOP-Bang questionnaire: a practical approach to screen for obstructive sleep apnea. *Chest.* 2016; 149 (3): 631–638.
26. Индекс массы тела. Министерство здравоохранения Нижегородской области. URL: <https://zdrav-nnov.ru/grazhdanam/kalkulyator-zdorovya/indeks-massy-tela/> (дата обращения: 05.06.2025).

Structural Characteristics of Patients with Complaints of Snoring and Sleep Apnea in the Practice of an ENT Doctor

M.A. Budkovaya, PhD^{1,2}, P.M. Dakhadaeva¹, K.O. Samsonova¹, A.A. Aslambekova¹

¹ Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech

² Saint Petersburg State University

Contact person: Marina A. Budkovaya, marina-laptijova@yandex.ru

Relevance. Snoring and obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) are common problems that frequently bring patients to see an ENT physician. This study focuses on the structural characterization of patients with these complaints, analyzing the anatomical features of the upper airways that may predispose to the development of snoring and OSAS. In the practice of otorhinolaryngologists, patients with snoring complaints constitute a significant proportion and require special attention due to the risk of developing a number of severe and life-threatening conditions, including during elective surgical interventions. Successful diagnosis and treatment of these conditions require a careful assessment of the anatomical features of the upper airways.

Aim. Comprehensive analysis of the structure of patients with complaints of snoring and respiratory arrest during sleep in the clinical practice of an ENT doctor.

Material and methods. Thirty patients with complaints of snoring, daytime drowsiness, and sleep apnea were examined. A STOP-BANG questionnaire survey, body mass index (BMI) determination, analysis of general somatic pathology, comprehensive otorhinolaryngological examination, cardiorespiratory sleep monitoring, examination of a maxillofacial surgeon, allergist and therapist were conducted. The mean age of the patients was 44 ± 0.7 years.

Results. The predominance of men among the surveyed subjects was revealed – 27 (90%), against 3 (10%) of women. According to the analysis of BMI pre-obesity was found in 13 (43.3%) patients, grade 1 obesity – in 5 (16.7%) patients, grade 2 obesity – in 3 (10%) patients, and grade 2 obesity – in 2 (6.75%) examined patients. Hypertension was found in 6 (20%) of patients, and pathology of the bronchopulmonary system was found in 3 (10%) of patients. Pathology of the maxillary system was detected in 18 (60%) patients. Among the diseases of ENT organs, 22 (73.3%) diseases of the nasal cavity: 2 (6.7%) patients had nasal septal deformity, chronic maxillary sinusitis in 3 (10%), allergic rhinitis in 6 (20%), vasomotor rhinitis in 8 (26.7%), and polypous rhinosinusitis – 3 (10%). Two (6.7%) had hypertrophy of the pharyngeal tonsil. History of operations on ENT organs: injuries nose surgery was performed in 9 (30%) patients, adenotomies in 7 (23.3%) patients, uvulopalatoplasty in 4 (13.3%) patients with an unsatisfactory result, tonsillectomy – 5 (16.7%), septoplasty previously performed 2 (6.7%). Survey: according to the STOP-BANG questionnaire, a low risk of OSAS was found in 6 (20%) of patients, while an average risk and a high risk were detected equally in 12 (40%) of the examined patients.

Conclusion. The results obtained in this study demonstrate the widespread pathology of ENT organs and a high comorbid background in patients with complaints of snoring and confirm the relevance of assessing the state of the upper respiratory tract by a ENT doctor, and also emphasize the need for a comprehensive examination of this category of patients within the framework of a multidisciplinary team.

Keywords: sleep apnea, snoring, sleep monitoring