

5 листопада 2014 року в актовій залі поліклінічного відділення 4-ї міської клінічної лікарні Львова (вул. Стецька, 3) відбулося спільне засідання Львівського обласного товариства терапевтів (співголови – професор О.О. Абрагамович та професор Є.Я. Склярів) та Українського лікарського товариства у Львові. Із доповідями виступили: лікар-кардіолог кардіологічного відділення Комунальної 8-ї МКЛ Львова, головний лікар медичного центру «Ехокор» **О.Б. Огірко** («Діагностика та лікування хропіння та синдрому обструктивного апное сну як міждисциплінарна проблема») та доцент кафедри терапії №1 та медичної діагностики ФПДО ЛНМУ імені Данила Галицького **М.В. Перепелиця** («Сучасні досягнення у діагностиці та лікуванні миготливої аритмії»).

Підсумовуючи виступи колег, професор **Є.Я. Склярів** зазначив, що співголови терапевтичного товариства намагаються залучати в якості доповідачів на науково-практичних конференціях не лише професорів та доцентів профільних кафедр медичного університету, а й завідувачів клінічних відділень, практичних лікарів. «Виступ доктора Олеса Огірка, який виклав цікавий матеріал і доповнив його випадками з власної практики, є своєрідним починком співпраці науковців і практиків, – зауважив співголова Львівського обласного товариства терапевтів, – тому на наступних засіданнях товариства ми будемо продовжувати запрошувати до виступу наших колег – практичних лікарів». Такої ж думки дотримується і Українське лікарське товариство – про це повідомила член Головної управи УЛТ, доцент кафедри клінічної імунології та алергології **А.М. Гаврилюк**: «Наша мета – всебічне сприяння удосконаленню теоретичних і клінічних знань та обміну досвідом лікарів – членів товариства».

Нижче пропонуємо увазі наших читачів газетний варіант цікавої та доволі актуальної доповіді лікаря-кардіолога **О.Б. Огірка** про синдром обструктивного апное сну.

На допомогу практичному лікареві

АПНОЕ СНУ ЯК МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ПРОБЛЕМА

Ще на студентській лаві нас, майбутніх лікарів, вчили, що ми повинні бути передусім лікарями-універсалами, тобто орієнтуватися в усіх галузях медицини, а вже потім – кардіологами, невропатологами, хірургами чи іншими вузькими спеціалістами. Особисто я завжди намагаюсь саме так і чинити – ніколи не «відсилати» пацієнта зі словами, що це, мовляв, не моя патологія, шукайте собі

невропатолога, отоларинголога тощо. Вважаю, що лікар зобов'язаний з максимальною уважністю вникати у проблему хворого і допомагати, лише в тому випадку, коли його знань недостатньо, скеровувати до інших колег.

Такий короткий вступ до сьогоднішньої розмови про важливість та підступність міждисциплінарної проблеми, якою є діагностика та лікування хропіння та синдрому обструктивного апное сну (СОАС). Я роблю акцент саме на словах «міждисциплінарна проблема», оскільки вона стосується всіх лікарських спеціальностей. Упродовж статті спробую дещо відійти від вузької проблеми СОАС і поглянути на проблему порушень сну трохи ширше.

Отже, що таке апное сну? Це – зупинка дихання уві сні на 10 секунд і більше. Воно поділяється на 3 типи: обструктивне, центральне та змішане. Існує також поділ за важкістю: індекс апное менше 5 або 5-15 – це легка форма; 15-30 – середньої важкості; більше 30 – важка форма апное (під індексом мається на увазі тривалість зупинки дихання в секундах).

При обструктивному апное відбувається спазм глотки і припиняється легенева вентиляція при збереженні дихальних рухів (тобто грудна клітка і живіт продовжують рухатися на фоні відсутності надходження кисню). При центральному апное сну сигнал надходить зі стовбура мозку (де знаходиться дихальний центр), при цьому припиняються власне дихальні рухи (живота і грудної клітки), спазм глотки відсутній. При змішаному апное відбувається і припинення дихальних рухів, і спазм глотки (такий тип зустрічається вкрай рідко).

Передвісником синдрому обструктивного апное сну найчастіше є хропіння, яке майже у 90% випадків провадить до синдрому обструктивного апное-гіпопное сну СОАС. Також до факторів ризику можемо віднести аномалії розвитку ротоглотки, анатомічні дефекти, хронічні захворювання глотки, зокрема, її новоутвори. Причиною центрального апное найчастіше є інтоксикація організму в цілому (може бути як алкогольного, так й інфекційного генезу).

При важких формах обструктивного апное сну може спостерігатися до 40-50 зупинок дихання впродовж ночі загальною тривалістю до 3-5 годин, що призводить до гострої та хронічної недостачі кисню під час сну. Гіпоксія – головний тригер патологічних станів при СОАС. Норма кисню в крові складає 96-98%. Критичний рівень кисню в крові – менше 85%. У пацієнтів з СОАС рівень кисню може

знижуватися до 50%, а у деяких особливо тяжких випадках – навіть до 20%. Найцікавіше, що при цій формі апное оксигенація падає більш виражено, ніж при центральному апное. Можливо, це пов'язано з тим, що під час центрального апное припиняються дихальні рухи і відбувається економія витрат кисню, а при СОАС дихальні рухи збережені.

Людина проходить п'ять стадій сну: рівень сновидінь (REM-стадія), засинання, легкий сон, початковий глибокий сон, глибокий сон. Відновлення фізичних сил та емоційних можливостей відбувається під час четвертого рівня – глибокого сну. Надзвичайно цікава особливість: найдовше людина перебуває у фазі глибокого сну під час першого циклу, який власне можливий лише в тому випадку, коли людина засинає о 22-й годині. Під час глибокого сну в людини виділяються такі гормони, як соматотропін – гормон росту (ось чому так важливо, щоб діти вчасно лягали спати) та мелатонін, що відповідає за відновлення організму. Отже, ми маємо нагоду ще раз переконатися у розумності та правильності природи, адже більшість живих істот готується до сну, коли сідає сонце, і просинається зі сходом сонця. Так робили і наші прадіди, на жаль, сучасне життя порушує нормальні біологічні ритми людського організму.

При апное людина балансує на рівні засинання. Вона не може «провалитися» в глибокі фази сну, тобто не відбувається відновлення ресурсів організму. Внаслідок цього людина почувається зранку невиспаною, «розбитою», у неї низька продуктивність праці, сонливість. Згодом це все провадить до загострення хронічних і розвитку нових захворювань.

Вельми важливим є пропагування лікарями культури сну і дотримання населенням цих канонів. Найважливіше – це мінімум 8 годин сну протягом доби (хоча це індивідуально) і, що не менш важливо, найоптимальніший час сну – з 22.00 до 08.00. Має значення і своєрідний ритуал сну: людина перед сном повинна провести певні процедури (випити горнятко чаю, почистити зуби, прийняти душ тощо). Якщо це робити регулярно, то виробиться своєрідний умовний рефлекс. Звичайно, має значення наявність свіжого повітря у приміщенні, його температура та вологість, відсутність під час сну яскравого світла, електронних пристроїв у

спальні, дотримання протягом дня режиму праці та відпочинку, виключення причин хронічного стресу, налагодження добрих сімейних стосунків.

У контексті проблеми, яку ми розглядаємо, особливе значення має відсутність поруч хропуна. Існує «синдром рикошету» – тобто у людини, яка спить поруч з особою, в якій наявні хропіння та апное, спостерігається погіршення стану здоров'я. Часто чуємо від родини своїх пацієнтів, що вони не можуть спати з чоловіком (жінкою) в одній кімнаті через гучне хропіння, яке провокує у них ті ж самі проблеми, що і у хропуна. Цей ефект можна прирівняти до пасивного куріння.

Підставами запідозрити наявність апное є як безпосередні скарги на зупинки дихання уві сні, так і вказівки на гучне чи уривчасте хропіння, підвищена денна сонливість, прискорене нічне сечовиділення, довготривале порушення нічного сну (більше 6 місяців), артеріальна гіпертензія (нічна та ранішня), ожиріння 2-4 ступенів, цукровий діабет 2 типу, зниження потенції. На СОАС вказує наявність 3-х та більше згаданих ознак. Враховуючи те, що самі «хропуни» рідко можуть об'єктивно оцінити наявність у них апное, важливу роль у діагностиці відіграє спілкування з їх близькими. Ось як найчастіше описують апное родичі пацієнтів: «Мій чоловік вночі так голосно хропить, а потім зовсім припиняє дихати, а за який час знову починає шумно дихати...».

Згідно з повідомленнями європейської та американської асоціації сну, розповсюдження синдрому обструктивного апное сну серед населення старше 30 років складає 5-7% (з них 1-2% страждають на тяжкі форми захворювання), в осіб старше 60 років частота становить близько 30% у чоловіків та близько 20% у жінок, а серед осіб старше 65 років частота сягає 60%. На жаль, сьогодні в Україні статистичні дані щодо цієї проблематики відсутні.

При синдромі обструктивного апное сну може спостерігатися супутня патологія: рефрактерна до лікування артеріальна гіпертензія (у понад 80% випадків), застійна серцева недостатність (76%), легенева гіпертензія (77%), еректильна дисфункція у чоловіків (63%), нічні порушення серцевого ритму (58%), метаболічний синдром (50%), постійна фібриляція передсердь (49%), ішемічна хвороба серця (38%), артеріальна гіпертензія (30%), морбідне ожиріння, цукровий

діабет 2-го типу (15%). До речі, було виявлено, що 86% пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу мають ненормальне дихання уві сні та більше 50% – індекс апное понад 15.

У пацієнтів, які мають пов'язану з нічними змінами роботу, особливо важко піддаються корекції гіпертонічна хвороба, часті гіпертонічні кризи. В них надзвичайно часто зустрічаються різноманітні порушення серцевого ритму.

Більшість інсультів, інфарктів та раптових смертей відбуваються саме вночі (о 3-4 годинах ранку) та 80% із них мають безпосередній зв'язок із порушеннями дихання уві сні!

Інколи при особливо важких формах порушення серцевого ритму кардіологи пропонують імплантацію штучного водія ритму (кардіостимулятора). Проте це є грубою помилкою у випадку наявності в пацієнта СОАС. Адже, ліквідувавши апное, ми маємо високий шанс уникнути порушень ритму. В такому випадку після підтвердження у пацієнта зі складними розладами ритму СОАС спочатку необхідно пройти лікування, після чого провести повторний ЕКГ ХОЛТЕР-моніторинг.

У 2012 році вперше на офіційному рівні згадка про СОАС була в клінічних рекомендаціях «Артеріальна гіпертензія» Інституту кардіології імені М.Д. Стражеска. В клінічному протоколі з ішемічного інсульту (наказ №600 від 03.06.2012 р.) та геморагічного інсульту від (наказ №275 від 17.04.2014 р.) також є інформація про СОАС. Частота ішемічного церебрального інсульту при апное сну в 2-10 разів є вищою, ніж у загальній популяції (Koskenvuo, 1987; Partinen, 1985; Shepard, 1992; Schulz, 2000; Yaggi, 2005). На жаль, цієї інформації є явно недостатньо і, як показує практика, дуже багато лікарів (а що вже говорити про звичайних людей!) не володіють інформацією про цю проблему.

Про міждисциплінарність проблеми апное сну свідчать такі дані: розповсюдження первинного хропіння серед дошкільнят складає 3-8%, а розповсюдженість СОАС у дітей – 1-3 %. Вплив СОАС на життя дитини може проявлятися у вигляді затримки в розвитку, дратівливості, зниження уваги, пам'яті та успішності в школі, болю голови, денної сонливості, депресії, зниження якості

життя, порушень серцевого ритму, підвищення тиску, хронічних порушень обміну речовин, проблем у спілкуванні з батьками та однолітками.

В середньому, кожна десята вагітна жінка хропить уві сні та у кожній двадцятій спостерігають тяжку форму СОАС. Особливо зростає ймовірність виникнення СОАС після 6-го місяця вагітності, що пов'язано з набряком глотки та зменшенням життєвої ємності легень (ЖЄЛ). Хропіння у вагітних – це проблема, від якої страждає і сама жінка, і плід. Вагітна з хропінням та СОАС скаржиться на поверхневий неспокійний сон, нічні напади задухи, біль голови та дратівливість ранком, знижений фон настрою, виражену денну сонливість. Виникнення зупинок дихання вночі при вагітності підвищує ризик розвитку артеріальної гіпертонії, еклампсії. СОАС негативно впливає на плід, спричиняючи гіпоксію плоду та його сповільнений розвиток, зниження імунітету, порушення серцевого ритму та обміну речовин, а також має негативні наслідки для здоров'я дитини після народження.

Сьогодні «золотий» стандарт діагностики СОАС – це полісомнографія. Під час так званої діагностичної ночі за допомогою складної апаратури проводять безліч різноманітних замірів, а саме: електроенцефалограму, електроокулограму, електроміограму, ЕКГ за Холтером (добове моні торування ЕКГ); визначають рухи нижніх кінцівок, хропіння, носо-ротовий потік повітря, дихальні рухи грудної клітки і черевної стінки, положення тіла, ступінь насичення крові киснем.

На жаль, це обладнання (полісомнограф) досить дорого вартісне, і в Україні воно знаходиться лише в декількох містах (Київ, Дніпропетровськ, Харків). Тому існує більш простий спосіб діагностики – так звана скринінгова діагностика за допомогою кардіо-респіраторного комплексу «SOMNOcheck micro cardio». Цей невеличкий прилад зачіпляють пацієнтові на руку. Від нього відходять носовий катетер (який фіксує потік повітря), а також датчик до вказівного пальця (пульсоксиметр). Пацієнт спить із цим приладом у себе вдома в звичайних умовах. Катетер та пульсоксиметр не спричиняють жодного дискомфорту. Зранку пацієнт віддає прилад спеціалісту, який за допомогою спеціального програмного забезпечення проводить аналіз ночі. Ми володіємо інформацією про кількість і тривалість апное уві сні, про падіння при цьому оксигенації крові, наявність аритмії. Програма вираховує також ризики розвитку можливих серцево-судинних захворювань.

Залежно від важкості апное, існують три можливі варіанти лікування. При неважких формах рекомендують низку вправ для зміцнення глотки, які пацієнт може виконувати самостійно.

Пацієнтам із важкими формами апное і при відсутності хірургічної патології глотки (новоутвори, вроджені вади) рекомендовано CPAP-терапію (аббревіатура англійських слів Continuous Positive Airway Pressure – постійний позитивний тиск у дихальних шляхах). Суть цього методу дуже проста: за допомогою спеціального апарату створюють тривалий позитивний повітряний тиск, що підбирають для кожного пацієнта індивідуально. Пацієнт спить зі спеціальною маскою на обличчі. Курс лікування – від 8 до 12 місяців (проте це дуже індивідуально). Під час сну з апаратом оксигенація відновлюється до 95-98% та зникає хропіння.

При наявності у пацієнта хірургічної патології застосовують оперативне лікування. Медикаментозного лікування не існує. Дуже важливим є те, що не можна робити операції з метою ліквідації гіпопное (хропіння) та апное без попереднього проведення полісомнографії для виключення їх обструктивного та центрального походження.

Підсумовуючи викладене, можна зробити висновки про те, що лікування СОАГС можливе за умов:

- ідеального варіанту сну (з 22.00 до 6.00 год.) та дотриманні його культури;
- проведення полісомнографії – «золотого» стандарту діагностики порушення сну;
- впровадження скринінгової діагностики порушень сну;
- проведення при потребі CPAP-терапії (створення постійного позитивного тиску в дихальних шляхах) як єдиної методики з лікування важких форм обструктивного апное сну.

Існують усі підстави стверджувати, що лікування будь-яких захворювань буде достатньо ефективним лише після нормалізації у пацієнтів сну та ліквідації СОАГС.

З власної практики, без жодного перебільшення, скажу, що кожен третій пацієнт страждає на розлади сну. І не завжди причиною цього є апное. Людина може не спати через серцеву недостатність, біль шлунка чи голови, внаслідок

постійних стресів, психоемоційних чи фізичних навантажень тощо. Наш медичний центр «Ехокор» намагається підійти до цієї проблеми більш глобально. В нас працюють кардіолог, невропатолог, сімейний лікар, психолог. У нас є кардіо-респіраторний комплекс «SOMNOcheck micro cardio», електроенцефалограф з можливістю вести добовий запис діяльності мозку з відеомоніторингом. Пацієнта з порушенням сну на вході (таке собі приймальне відділення) оглядає невропатолог, який вирішує, яке саме обстеження він повинен пройти та до якого спеціаліста необхідно скерувати його для вирішення проблеми. Пацієнт при потребі зможе провести ніч в умовах центру.

Інформацію про багатопрофільний медичний центр «Ехокор» вміщено на сайті: <http://ehokor.com.ua/>.

Проведення скринінгу апное сну – це лише один із важелів, механізмів для визначення суті проблеми. Для прикладу: в Німеччині у кожному такому місті, як наш Червоноград, є 2-3 лабораторії сну, а в Берліні їх – близько 20. У нас же на всю Україну лише 1-2 лабораторії. Ця надзвичайно недооцінена проблема, радше хвороба сучасності, суттєво погіршує прогноз розвитку більшості захворювань та сприяє розвитку нових. Тому лікарі зобов'язані про це пам'ятати і повсякчас враховувати в своїй роботі.

**Олесь ОГІРКО,
лікар-кардіолог кардіологічного відділення 8-ї МКЛ Львова,
керівник медичного центру «Ехокор».**

Від автора. У статті частково використано матеріали авторства Української асоціації медицини сну, кандидата медичних наук Юрія Погорецького.