

УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Волынская больница

медицинский вестник №33 / 2025

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО
ОНЛАЙН-СЕМИНАРА
(19.06.2024 г.)



Центр
медицины
СНА

КОМОРБИДНЫЕ

РАССТРОЙСТВА СНА

В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

ОТ ПЕРВЫХ ЛИЦ



**Журавлёв
Сергей Викторович**

Главный врач ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ, доцент кафедры скорой медицинской помощи, неотложной и экстремальной медицины ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ, к.м.н., заслуженный врач РФ.

Уважаемые коллеги, сегодня вы участвуете в научно-практическом семинаре «Коморбидные расстройства сна в практике врача». Этот семинар транслируется в онлайн формате для тех слушателей, которые не смогли прибыть в ФГБУ «Клиническая больница № 1» УДП РФ.

Тема семинара для Клинической больницы №1 достаточно новая, поскольку Центр медицины сна создан чуть более года назад, и этого периода было достаточно, чтобы понять, что данное направление является очень важным, перспективным и объединяет круг профессиональных компетенций различных медицинских профилей. Неврологи, психиатры, кардиологи, терапевты, челюстно-лицевые хирурги, оториноларингологи, стоматологи часто сталкиваются в своей клинической практике с такими патологи-

ческими состояниями, как инсомния, нарушение дыхания во сне, расстройства движения и циркадного ритма сна.

Уже давно подтверждено и доказано, что нормализация сна является важным фактором в снижении и устранении клинических проявлений сердечно-сосудистых, неврологических и других нарушений. Поэтому в сегодняшних докладах мы услышим клинические примеры, подтверждающие данный постулат. ■



**Наговицын
Андрей Владимирович**

Заместитель главного врача по медицинской части ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ, к.м.н.

Докладчики подробно, каждый по своему направлению, осветили широкий круг тем. Через призму сомнологии мы взглянули на ряд терапевтических и хирургических проблем. Круг докладчиков на наших регулярных конференциях все больше расширяется, охватывая все новые и новые клинические направления.

За год существования Центра сомнологии Волынской больницы был проделан большой объем работы: проведены конференции, выпущено несколько специализированных сборни-

ков «Волынская больница» и видеосюжетов, большая разъяснительная работа была проделана в плане освещения и распространения информации среди поликлиник. За год работы синдром беспокойных ног стал так же часто употребляться в кругу врачей, как и артериальная гипертензия.

Активно расширяется спектр услуг, оказываемых Центром медицины сна. Появился ночной ЭЭГ-видеомониторинг, который позволит больнице еще больше расширить диагностические возможности. ■



**Шмырев
Владимир Иванович**

Научный руководитель по неврологии ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ, заведующий кафедрой неврологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ, главный специалист по неврологии УДП РФ, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ.

Феномен сна — это неразгаданная тайна нашего мозга. В последние 20 лет возникла практическая необходимость поставить ребром вопрос о сомнологии.

Во всем мире сейчас очень остро стоит вопрос с нейродегенеративными заболеваниями. Более 50 млн человек в мире столкнулись с болезнями Альцгеймера и Паркинсона. Существует теория, что болезнь Альцгеймера напрямую связана с амилоидом и тау-белками. Ученые установили, что мозг в активном состоянии очень много вырабатывает амилоида и тау-белка. После чего вещества консолидируются, откладываются

в определенных местах головного мозга, способствуя болезням Альцгеймера или Паркинсона.

А лимфатическая система как раз удаляет эти конгломераты белков. И работает только в ночное время. Следовательно, достаточный, физиологически качественный сон может препятствовать образованию болезни Альцгеймера и болезни Паркинсона. И если сейчас этот вопрос будет переведен из теоретического, экспериментального русла в практическое — это будет прорыв. Поэтому на сегодняшний день сомнология — это архиважная междисциплинарная наука. ■



**Калинкин
Александр Леонидович**

Руководитель Центра медицины сна, ведущий научный сотрудник МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, Президент Национального сомнологического общества, эксперт Европейского общества исследователей сна, к.м.н.

Сомнология — это действительно междисциплинарное направление. И каждый врач, который приходит в эту отрасль, будь он невролог, кардиолог, психиатр, развивается как врач, потому что начинает понимать, что происходит с его пациентом в ночной период времени. Потому что именно эта часть — треть нашей жизни — во многом определяет не только состояние человека в утренние часы и в течение дня, она определяет работоспособность, когнитивные функции, продолжительность жизни.

Сомнология — это очень сложное, глобальное направление, потому что врач, который становится сомнологом, должен погружаться практически во все основные направления. Это не значит, что он должен быть специалистом во всех направлениях, но он должен понимать пациента всесторонне.

Я надеюсь, доклады данной конференции позволят частично осветить те вопросы, которыми мы занимаемся, и немножко вовлечь вас в направление, которое мы называем сомнология. ■

**СМОТРИТЕ
ВИДЕОЗАПИСЬ
ТРАНСЛЯЦИИ**



НАРУШЕНИЯ СНА В XXI ВЕКЕ: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Сон и сновидения интересовали людей еще с древнейших времен. О том, спит человек или нет, удавалось судить лишь по косвенным признакам, а определить глубину сна, не разбудив спящего, было невозможно. Это продолжалось до тех пор, пока в начале XX века немецкий психиатр Ганс Бергер не открыл метод электроэнцефалографии и не описал различия в ЭЭГ-ритмах бодрствующего и спящего человека. Это послужило переломным моментом в развитии сомнологии. Благодаря этому, впоследствии появилась полисомнография, которая является общепризнанным «золотым стандартом» в диагностике расстройств, связанных со сном.

Различные нарушения сна и его условий могут существенно влиять на качество жизни и приводить к болезням. У каждого возрастного периода есть свои особенности. Например, в младенчестве самый

важный вопрос — это вопрос безопасности. Поскольку существует огромный риск развития синдрома внезапной смерти младенцев. Очень часто дети оказываются зажатыми между родителями подушками, одеялами, бортиками, мягкими игрушками и смерть наступает из-за асфиксии. Каждый второй ребенок школьного возраста спит меньше 9 часов. А 97% подростков, то есть почти все, спят меньше рекомендованного времени. Больше половины студентов спят меньше 8 часов, а 82% считают, что недосыпание негативно влияет на успеваемость.

Говоря о нарушении сна у взрослых, стоит обратить внимание на такое понятие, как «развод во сне», то есть когда человек не хочет спать со своим партнером в одной кровати по разным причинам, например, один хочет спать, а второй храпит или смотрит сериал и мешает уснуть. В среднем каж-



Отставнова Юлия Юрьевна
Руководитель Центра медицины сна ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ, врач-невролог-сомнолог.

дое пятое ДТП происходит по вине водителей, заснувших или испытывающих сонливость за рулем. По разным странам эти цифры несколько отличаются. В России подобной статистики пока не существует, но большинство пациентов с апноэ, обратившихся в Центр медицины сна Волынской больницы, сообщают хотя бы об одном эпизоде засыпания за рулем.

Еще один важный аспект, влияющий на качество сна — **стремительная урбанизация**. Она

Согласно Международной классификации расстройств сна 3-го пересмотра, выделяют несколько основных групп нарушений сна: инсомнии, расстройства дыхания во сне, гиперсомнии, расстройства цикла «сон-бодрствование», парасомнии и расстройства движений во сне.

сопровождается значительными изменениями в образе жизни, социальном поведении и здоровье людей. На сегодняшний день более половины населения Земли проживает в городах. Согласно прогнозу департамента по экономическим и социальным вопросам ООН, к 50-му году 68% населения мира будет являться городскими жителями. А в городах, особенно в крупных мегаполисах, существуют определенные неблагоприятные факторы. Один из них — это световое загрязнение, основными источниками которого являются промышленные комплексы, городское уличное и архитектурное освещение, светящиеся рекламные щиты или прожекторы.

При **световом загрязнении** в ночное время процесс синтеза мелатонина нарушается, что приводит к нарушению циркадианных ритмов, нейровоспалению. Но ведь известно, что мелатонин и его метаболиты обладают способностью защиты от оксидативного стресса, а их супрессия может стать причиной развития различных патологических процессов из-за невозможности организма справиться с оксидативным стрессом.

Согласно Международной классификации расстройств сна 3-го пересмотра, выделяют несколько основных групп нарушений сна: инсомнии, расстройства дыхания во сне, гиперсомнии, расстройства цикла «сон-бодрствование», парасомнии и расстройства движений во сне.

Самым частым поводом для посещения сомнолога являются нарушения дыхания во сне — 63% всех обращений в Центр медицины сна Волынской больницы. За полтора года работы было проведено более 270 кардио-респираторных мониторингов. Почти 70% исследуемых имеют среднюю и тяжелую степень **апноэ**, а каждому второму пациенту рекомендована СИПАП-терапия.

Помимо апноэ на приеме у сомнолога каждое третье обращение



Парасомнии

проявляются аномальными движениями, поведением, эмоциями, восприятием, сновидениями, возникающими во время переходов между бодрствованием, медленным сном и быстрым сном, а также их комбинациями

Ассоциированные с фазой медленного сна	<ul style="list-style-type: none"> • Конфузионные пробуждения • Снохождение • Ночные страхи • Синдром ночной еды
Ассоциированные с фазой быстрого сна	<ul style="list-style-type: none"> • Кошмары • Расстройство поведения в быстром сне • Паралич сна
Другие парасомнии	<ul style="list-style-type: none"> • Синдром «взрывающейся головы» • Галлюцинации сна • Ночной энурез • Парасомния вторичного характера • Парасомния при приеме ЛС и др. препаратов • Парасомния неуточненная
Отдельные симптомы и варианты нормы	<ul style="list-style-type: none"> • Сноговорение

Появление симптомов заболеваний:
 - в течение 5 лет – 17,7%
 пациентов
 - 10 лет – 40,6%
 - 12 лет – 52,4%

по поводу **бессонницы**. В основе ее может лежать физиологическая предрасположенность, психогенные расстройства, заболевания нервной системы и внутренних органов. Учитывая, что мы живем в непростое время и все чаще видим пациентов, имеющих посттравматическое стрессовое расстройство, то проблема нарушения сна, а именно инсомнических нарушений, становится как никогда актуальной, а лечебная

тактика у таких пациентов существенно отличается. В этом случае не справиться без помощи врачей-психиатров.

Следующая группа — **гиперсомнии**, основным симптомом которых является чрезмерная дневная сонливость, не обусловленная нарушением ночного сна или циркадианных ритмов. Для диагностики мы используем как субъективные методы (шкалы,



Гиперсомнии

- Нарколепсия 1 типа
- Нарколепсия 2 типа
- Идиопатическая гиперсомния
- Синдром Клейне-Левина
- Вторичная гиперсомния
- Гиперсомния при приеме лекарственных или других препаратов
- Гиперсомния связанная с психическим расстройством
- Синдром недостаточного сна

Нарколептическая пентада

1. Чрезмерная дневная сонливость (императивные засыпания, автоматическое поведение)
2. Приступы катаплексии – потери мышечного тонуса
3. Гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации
4. Катаплексии пробуждения (сонный паралич)
5. Нарушения ночного сна



опросники, дневник сна), так и объективные: полисомнографию, множественный тест латентности ко сну.

На группу расстройств цикла «сон-бодрствование» большое влияние оказала **пандемия COVID-19**. Поскольку увеличилось количество удалённой работы, а значит, рабочий день стал ненормированным, особенно это касается сферы ин-

формационных технологий. Если мы говорим о расстройстве сна, связанном со сменой часового пояса, то не стоит забывать, что мы летать стали чаще: это путешествия, командировки. По данным авиакомпании Аэрофлот, в нашей стране пассажиропоток растёт каждые 10 лет на 10%.

Следующая большая группа — это **расстройства движений**

во сне. И здесь необходимо отметить **синдром беспокойных ног**. Пациенты обращаются к врачу с жалобами на дискомфорт в ногах перед сном, мешающий уснуть, на бессонницу. За время работы нашего Центра, к нам обратилось более 40 пациентов с синдромом беспокойных ног. У половины из них лабораторно был подтвержден железodefицит, который играет огромную роль в развитии этой патологии. По Шкале субъективной оценки мы видим в 80% случаев тяжёлую и очень тяжёлую степень заболевания. Подтвердить диагноз инструментально позволяет полисомнографическое исследование.

В основе современного понимания парасомний лежит концепция функциональных состояний мозга. Каждая фаза сна так же, как и бодрствование, имеет свои церебральные механизмы организации и свою нейрохимию. Переход от одного функционального состояния к другому может нарушаться, при этом возможно внедрение одного функционального состояния в другое, что и проявляется в виде парасомний. В 2011 году была предложена теория локального сна, согласно кото-



рой возможен сон в отдельных зонах коры мозга, в то время как другие зоны продолжают бодрствовать.

Среди всех парасомний обращает на себя внимание **расстройство поведения в быстром сне**. Оно характеризуется периодическим исчезновением атонии, обычной для фазы быстрого сна и возникновением двигательной активности, связанной с содержанием сновидений: пациенты рассказывают, что во сне они от кого-то убегают, спасаются, дерутся. Движения могут быть хорошо организованы и сопровождаться выкриками. Это состояние является маркёром нейродегенеративных заболеваний (болезни Паркинсона, деменции с тельцами Леви, мультисистемной дегенерации и т.д.) и в то же время ключом к заблаговременной диагностике.

Таким образом, сон оказывает влияние на развитие многих болезней, поэтому необходимо взаимодействие и совместная работа сомнологии и других профильных отделений. Создание Центра медицины сна в ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ в 2023 году позволило использовать всю лечебно-диагностическую базу учреждения и тем самым в полной мере реализовать принципы мультидисциплинарного подхода.

Лаборатория сна Волынской больницы оснащена современным оборудованием, соответствующим международным стандартам: полисомнографической системой, оборудованной для проведения видео-ЭЭГ-мониторинга, аппаратами для проведения кардио-респираторного мониторинга, неинвазивной вентиляции легких, что позволяет достичь оптимальных результатов в лечении заболеваний и профилактике осложнений, ассоциированных с нарушениями сна. ■



Расстройства цикла «сон-бодрствование»

- Синдром задержки фазы сна
- Синдром ранней фазы сна
- Нерегулярный цикл «сон – бодрствование»
- Не 24-часовой цикл «сон – бодрствование»
- Расстройство цикла «сон – бодрствование» при сменной работе
- Синдром смены часового пояса («jet lag»)
- Расстройство цикла «сон – бодрствование» неуточненное



Пандемия COVID-19



Удалённая работа



Сфера IT

Пассажиропоток увеличивается каждые 10 лет на 10% (в РФ)



Расстройства движений во сне

- Синдром беспокойных ног
- Синдром периодических движений конечностей во сне
- Ночные крампи
- Бруксизм
- Расстройство с ритмичными движениями во сне
- Доброкачественные миоклонии сна младенцев
- Проприоспинальные миоклонии засыпания
- Расстройство движений во сне вторичного характера
- Расстройство движений во сне при приеме лекарственных и других препаратов
- Расстройство движений во сне неуточненное



Полисомнография



ПОЧЕМУ СОКРАЩЕНИЕ И УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ СНА НЕГАТИВНО ВЛИЯЮТ НА ПРОГНОЗ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ?



Калинкин

Александр Леонидович

Руководитель Центра медицины сна, ведущий научный сотрудник МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, Президент Национального сомнологического общества, эксперт Европейского общества исследователей сна, к.м.н.

В современном мире, где темп жизни постоянно ускоряется, важность полноценного сна становится критически актуальной. Существует множество исследований, подтверждающих связь между качеством сна и состоянием сердечно-сосудистой системы человека. Для большинства взрослых людей оптимальная продолжительность сна составляет от 7 до 9 часов в сутки. Это количество необходимо для полноценного восстановления организма.

Качество сна включает в себя не только его продолжительность, но и циклы сна, которые должны проходить без нарушений. Глубокий сон особенно важен для физического восстановления и поддержания когнитивных функций.

Однако, согласно результатам метаанализа, который был опубликован в 2017 году, одновременно с увеличением продолжительности сна увеличивается риск ишемической болезни сердца, инсульта, инфаркта миокарда. Необходимо помнить, что это не причинно-следственная связь, а корреляция. Да, смертность увеличивается при увеличении продолжительности сна.

В 2018 году мы оценивали один из главных симптомов — это **избыточная дневная сонливость**. Средний возраст исследуемой популяции — 25 лет, а индекс массы тела — 22, это абсолютно здоровые молодые люди. При этом выборка была очень большая, это 331 населенный пункт РФ и более 5 тысяч респондентов. И оказа-

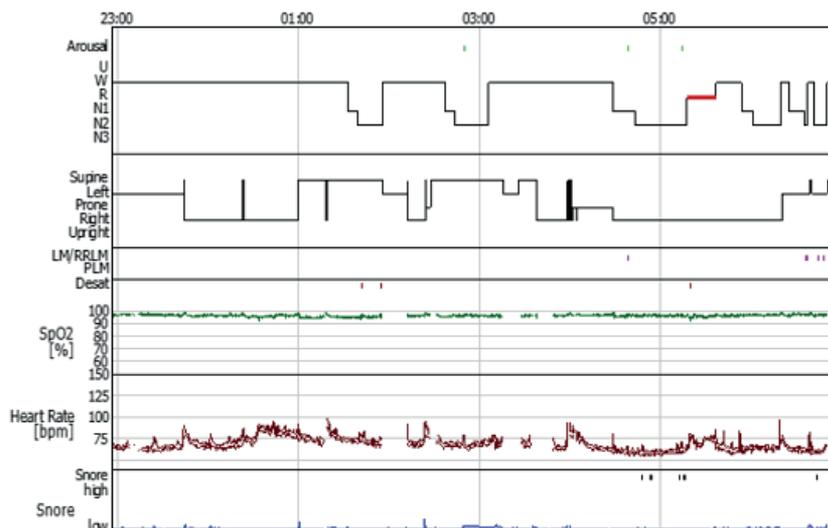
лось, что 40,9% этой популяции испытывают избыточную дневную сонливость.

Основная причина в этом возрасте — это недосыпание, депривация сна. За последние 100 лет средняя продолжительность сна у человечества сократилась с 8 до 6 часов, в некоторых мегаполисах менее 6 часов, но это далеко не основной вид нарушений. Основное воздействие на развитие очень многих заболеваний, прежде всего сердечно-сосудистых, оказывают две патологии — хроническая инсомния и синдром обструктивного апноэ сна.

За последние годы появляется все больше данных о связи различных нарушений сна с сердечно-сосудистыми заболеваниями и, прежде всего, артериальной гипертензией. Наличие раннего незапланированного пробуждения является признаком хронической инсомнии и может быть проявлением депрессивного расстройства. Наличие избыточной сонливости, одним из крайних проявлений которой является засыпание за рулем, чаще всего является проявлением нарушения ночного сна в виде его фрагментации, вследствие дыхательных нарушений, двигательных расстройств или наличия хронической инсомнии.

Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) — нарушение дыхания, связанное со сном, характеризующееся повторяющимися эпизодами прекращения дыхания или существенного уменьшения дыхательного потока, несмотря на сохранение дыхательных усилий, сопровождаемое клинической симптоматикой в виде храпа, избыточной дневной сонливости, частыми ночными мочеиспусканиями и рядом других симптомов. Большинство дыхательных пауз длятся от 10 до 30 секунд, другие могут продолжаться одну минуту и дольше. Это приводит к резкому снижению насыщения гемоглобина крови кислородом.

Хроническая инсомния

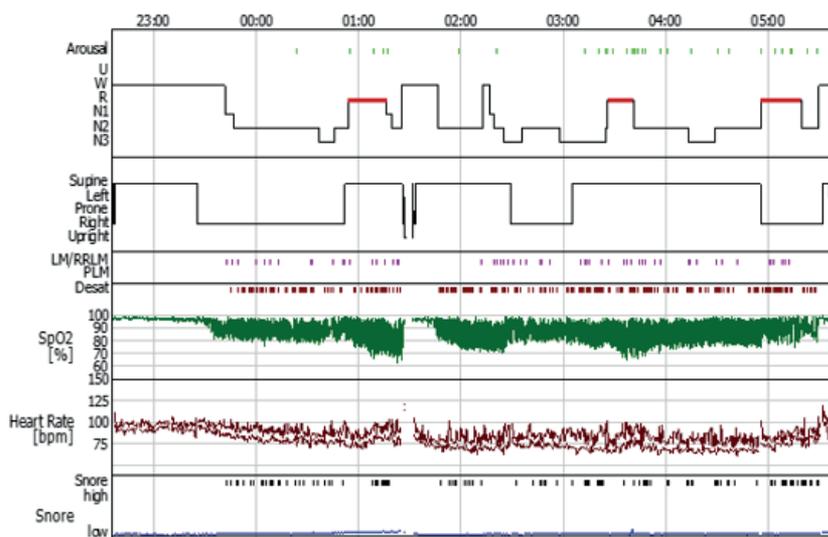


СОАС широко распространён среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Встречаемость СОАС у пациентов с ССЗ варьируется от 47 до 83% в зависимости от особенностей конкретного ССЗ. Наиболее часто СОАС сочетается с резистентной артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС), инсультом и хронической сердечной недостаточностью. В настоящее время предложено

рассматривать СОАС как независимый фактор риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Этому способствует снижение насыщения гемоглобина крови кислородом, фрагментация сна и ряд других факторов.

Циклическая (интермиттирующая) гипоксия, связанная с апноэ во сне, сопоставима с ишемическим и реперфузионным повреждением при нарушении кровото-

Обструктивное апноэ сна



ка. Интермиттирующая гипоксия способствует индуцированию факторов транскрипции: ядерного фактора «каппа би» (NF-kB) и ядерного фактора для экспрессии интерлейкина-6 (NF-IL6). Выработка этих факторов сопровождается увеличением синте-

давая порочный круг, в котором ухудшение качества сна приводит к ухудшению общего состояния здоровья.

В последние годы мы очень внимательно занимаемся изучением метаболизма железа у наших

Инсомния и апноэ сна могут взаимно усугублять друг друга, создавая порочный круг, в котором ухудшение качества сна приводит к ухудшению общего состояния здоровья.

за воспалительных цитокинов, таких как фактор некроза опухоли-альфа и интерлейкин-6. Провоспалительное состояние способствует нарушению функции эндотелия, увеличению агрегационной активности тромбоцитов, повышению резистентности к инсулину, ремоделированию миокарда.

Сочетание инсомнии и апноэ сна (Co-Morbid Insomnia and Sleep Apnea, COMISA) является распространенной проблемой, частота которой колеблется от 20% до 50%. Эти состояния могут взаимно усугублять друг друга, соз-

давая порочный круг, в котором ухудшение качества сна приводит к ухудшению общего состояния здоровья. Железо является кофактором практически всех ферментов и цитохромов, то есть обеспечивает множество биохимических реакций, поэтому и недостаток железа, и его избыток могут приводить к нарушению многих биохимических процессов и развитию многих патологий. Исследования показали, что уровень ферритина — белка, отвечающего за хранение железа в организме — служит индикатором состояния здоровья пациентов с нарушениями сна, а у пациентов с апноэ сна он в два раза выше, чем у людей с хронической инсомнией. Это может быть связано с:

- Гипоксией: при апноэ сна недостаток кислорода может активировать механизмы, приводящие к повышению уровня ферритина как защитной реакции организма.

- Иммунными изменениями: изменения в уровне ферритина могут оказывать влияние на количество лимфоцитов и нейтрофилов, что важно для иммунного ответа организма.

- Метаболизмом железа: нарушения сна могут влиять на регуляцию обмена железа в организме, что может приводить к дефициту или избытку этого элемента.

Таким образом, полноценный и качественный сон критически важен для поддержания здоровья сердечно-сосудистой системы. Проблемы со сном требуют внимания со стороны медицинского сообщества и общества в целом. Важно осознавать значимость хорошего сна и принимать меры для его улучшения, чтобы снизить риски развития серьезных заболеваний и повысить качество жизни. ■

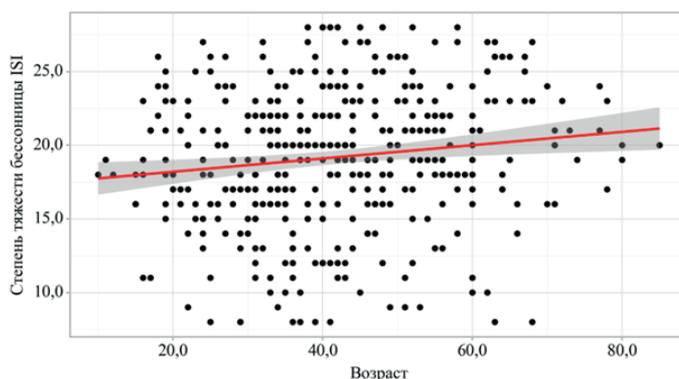
Зависимость степени тяжести бессонницы (ISI) от возраста (n=407)

Показатель	Me	Q ₁ – Q ₃	n	min	max
ИМТ (кг/м ²)	23,83	20,83 – 27,55	407	15,37	62,89

Показатель	Категории	Абс.	%	95% ДИ
Ваш пол	Жен	295	72,5	67,9 – 76,8
	Муж	112	27,5	23,2 – 32,1

Показатель	Характеристика корреляционной связи		
	ρ	Теснота связи по шкале Чеддока	p
Возраст – Степень тяжести бессонницы ISI	0,156	Слабая	0,002*

Полученная модель объясняет 1,9% наблюдаемой дисперсии показателя "Степень тяжести бессонницы ISI"



ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА С НАРУШЕНИЯМИ СНА: ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ

Проблема психических расстройств у пациентов с нарушениями сна сегодня обсуждается как никогда остро. Так, 90% случаев генерализованных тревожных расстройств и 80% случаев панических расстройств протекают с нарушениями сна, то же самое наблюдается у 84% пациентов с депрессиями и у трети пациентов с шизофренией.

АСТЕНИЯ

Чаще всего нарушения сна регистрируются в рамках астенических расстройств. Астенические расстройства официально определяются как психопатологические состояния, характеризующиеся длительным снижением энергетического потенциала, повышенной утомляемостью без сопутствующих для этого соматических причин. Диагностика психопатологических расстройств клинически не очень трудна. Она трудна скорее организационно, потому что подразумевает необходимость врача любой специальности задавать нетипичные вопросы.

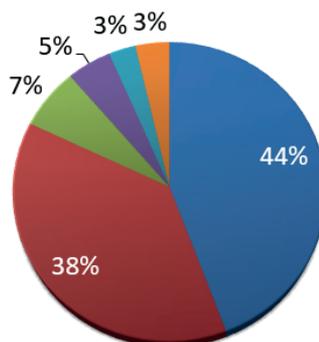
Тем не менее, астенические расстройства — это не только повышенная утомляемость и снижение продуктивности, но это эмоциональная, вегетативная лабильность, повышенная чувствительность к различным внешним раздражителям: яркому звуку, свету, резким движениям, метеопатическому симптому Н.И. Пирогова, когда пациенты при изменении барометрического давления отмечают изменение своего психического состояния.

То есть это не болевое ощущение, не разные ревматические состояния, а именно изменения психического состояния на фоне барометрического давления. И конечно, инсомния — это трудности засыпания, поверхностный сон, пробуждение среди ночи, и дополнительно появление тревожных расстройств в виде такой специфической фобии, как страх наступления ночи, когда снова не удастся заснуть.



Медведев Владимир Эрнстович
Заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПК МР Медицинского института РУДН, врач-психиатр, к.м.н., доцент.

Специализация врачей, к которым первично обращаются пациенты с астеническими расстройствами.



- Терапевт
- Невролог
- Кардиолог
- Психотерапевт
- Эндокринолог
- Другие

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Что касается основной причины психопатологического нарушения сна – это тревожные расстройства, на долю которых приходится не меньше трети случаев. А если говорить о всех причинах расстройств сна, то исследования показывают, что 80% нарушений сна сопряжены с тревожными расстройствами.

Симптомы тревоги также хорошо выявляемы и диагностируемы, но пациент, конечно, приходя к кардиологу, неврологу, дерматологу, гастроэнтерологу, очень редко будет рассказывать о симптомах тревоги. Почему? Потому что он думает, что это врачу неинтересно. Поэтому

каждый специалист должен задавать дополнительные вопросы, выясняя все то, что недорассказал пациент.

Нарушения сна — это, наверное, единственный симптом, который пациент озвучивает практически любому врачу. И на это следует обращать внимание, ведь нарушения сна — это социально-значимая жалоба.

Дифференциальная диагностика тревоги затруднена тем, что требует диагноза-исключения. То есть нужно исключить различные соматические причины для сомовегетативных жалоб пациента: сердцебиения, пот-

ливости, приступы холода или жара, головокружения, головные боли, ощущения нехватки воздуха, комка в горле, ползания мурашек по всему телу и так далее.

Для тревожных расстройств характерны следующие виды нарушения сна: трудности засыпания, частые пробуждения, кошмарные сновидения, ранние утренние пробуждения, в некоторых случаях даже компенсаторная дневная сонливость.

Косвенные признаки тревожных, депрессивных и астенических расстройств касаются в основном поведения пациента на приеме, когда он рассказывает не о симптомах, а о себе, о своей жизни, причем очень эмоционально. При этом жалобы очень необычные, уже на первом приеме становится очевидна какая-то атипичия, возникает мысль, что нужно проводить серьезные дифференциально-диагностические процедуры. Возможно, имеет смысл протестировать пациента по оценочным шкалам, например, на тревогу, на депрессию. Естественно, диагноз по ним поставить нельзя, но сориентироваться можно.

И конечно же, если есть в анамнезе использование психотропных препаратов, если есть сезонность обращения пациента с соматическими жалобами, то следует протестировать его на наличие тревоги и депрессии.

ТРЕВОГА: СИМПТОМЫ

Психические

Напряжённость, беспокойство
Плохие предчувствия и опасения
Раздражительность и нетерпеливость
Трудности концентрации внимания
Нарушения сна
Суетливость, ускоренная речь, потирание пальцев, обкусывание губ, ногтей

Соматические

Приливы жара или холода, потливость
Приступы сердцебиения
Одышка, «комка в горле»
Головокружение и головная боль
Дрожь, ощущение «ползания мурашек»
Нарушения работы ЖКТ
Сексуальные нарушения

Коморбидность тревожных расстройств и БОЛИ	Авторы
90% обратившихся - ипохондрическое расстройство	
11-81% - паническое расстройство	Katon W., 1984 Fishbain D.A., et al., 1998
42,8% - тревожное расстройство адаптации	
20% - генерализованное тревожное расстройство	Fishbain D.A., et al., 1998
9% - фобическое расстройство	
2,1% - агорафобия с паническими атаками	

ДЕПРЕССИЯ

В обязательный критерий диагностики депрессии включены расстройства сна. У двух третьих-пациентов сон нарушен по типу трудностей засыпания, короткого сна, частых пробуждений. У трети пациентов при депрессии сон, напротив, удлиняется. Принципиальное отличие такого сна от фи-

зиологического в том, что пациент, проснувшись, говорит либо о том, что он совершенно не чувствует себя отдохнувшим, либо у него даже возникают симптомы деперсонализации сна, когда он говорит, что вообще не спал, в то время как объективные методы обследования регистрируют, что сон был.

Среди симптомов депрессии по частоте встречаемости, кроме жалоб на нарушение настроения и на отсутствие чувства радости и удовольствия, преобладают соматические симптомы. На первом месте астения, на втором месте — нарушения сна, и на третьем — боль.

Полисомнография позволяет четко подтвердить депрессию у пациента. А иногда и первично диагностировать, получив специфическую клиническую картину лабораторного исследования. Когда у врача возникает желание поставить какой-то синдромальный диагноз: синдром раздраженного кишечника, синдром гипервентиляции, то в этот момент нужно вспомнить о необходимости проконсультировать этого пациента у психиатра или психотерапевта.

Коморбидность тревоги и депрессии очень высока. Если не лечить тревогу или депрессию, то в течение полугода обычно у пациентов присоединяется одно состояние к другому.

СОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ

* При первом обращении к врачу

СИМПТОМЫ	ВСТРЕЧАЕМОСТЬ*
Сниженная двигательная активность (слабость, заторможенность, упадок сил, повышенная утомляемость)	96,3%
Нарушения сна	85,0%
Головная боль	80,7%
Боль в пояснице	76,0%
Тошнота / диспепсия	71,2%
Боль в спине	70,3%
Эпигастральная боль	63,2%
Раздраженный кишечник	62,3%
Тахикардия	57,4%
Одышка	55,0%
Головокружение	47,7%
Боль в груди	38,4%
Обмороки	36,7%

МЕТОДЫ ТЕРАПИИ

Психотерапия, безусловно, рабочий метод, но имеет свои особенности. Это достаточно длительный курс терапии, во многом это ещё и платная медицинская услуга. Однако это работа с когнитивными возможностями пациента, а у пациента с депрессией, с тревогой, тем более если он ещё не очень молод (есть органическая патология головного мозга), такая работа затруднена.

Поэтому, желания пациента в наибольшей степени удовлетворяет **фармакотерапия**, то есть назначение определенных препаратов, выбор которых основывается на соотношении эффективности и переносимости. Если у пациента тяжелое соматическое состояние, то следует назначать препараты, которые пусть медленнее действуют, но лучше переносятся. Если же соматического заболевания нет, то можно применять и более мощные препараты. Если речь идет о стационарном больном,

то рисков меньше, так как можно в любой момент подкорректировать дозировки.

Что касается **снотворных** препаратов для лечения сна, в психиатрии они используются исключительно вспомогательно. Почему? Потому что, за исключением бензодиазепинов, никакие из них не имеют противотревожного эффекта. То есть это в чистом виде препараты, которые помогают заснуть.

Небензодиазепиновые растительные препараты пациенты обычно принимают сами. Синтетических препаратов не так много.

Препараты, которые содержат **фенобарбитал**, очень любимы пациентами. Конечно, фенобарбитал купирует тревогу и заставит пациента спать, но надо сказать, что фенобарбитал — это нейротоксическое вещество, поэтому лечение ни в коем случае не должно быть курсовым, это скорая помощь. Курсовая терапия, осо-

бенно у пациентов возрастных, у которых нейрогенез замедляется, может привести к серьезным необратимым когнитивным нарушениям.

У **бензодиазепинов** существует высокий риск возникновения зависимости. Поэтому Всемирная организация здравоохранения рекомендует назначать их только в том случае, если ничто другое неэффективно, и только на две недели, согласно инструкции, а дальше подбирать патогенетическую терапию, включая и психотерапию.

Антидепрессанты участвуют в нормализации сна. Это препараты, у которых есть более потенцирующий эффект, потому что они влияют на мелатонэргические рецепторы, на переработку собственного мелатонина, на седативные центры, которые используются в первую очередь для коррекции пациентов с депрессией и тревогой, которая протекает с нарушениями сна. ■



СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) — это перекрытие верхних дыхательных путей на уровне глотки. Что же является фактором риска, влияющим на вероятность возникновения СОАС? Пол, возраст, масса тела, особенности лицевого скелета и наличие ЛОР-патологий.

Распространенность СОАС

При обработке данных 17 исследований из 16 стран с использованием в качестве критерия диагностики индекс апноэ+гипоапноэ (ИАГ) ≥ 5 событий/час. Среди лиц в возрасте от 30 до 69 лет СОАС выявлен у 936 млн человек, при этом 425 млн человек имели заболевание средней и тяжелой степени. Количество лиц с СОАС было мак-

симально в Китае, далее следовали США, Бразилия и Индия, при этом в некоторых странах распространенность СОАС превышала 50%.

Исследование MESA 2022

Согласно результатам исследования MESA (это мультиэтническое исследование атеросклероза), к основным факторам, которые влияют на качество кардиологической жизни, относят правильное питание, физическую активность, контроль уровня глюкозы и липидов в крови, контроль массы тела, артериального давления, отсутствие вредных привычек (курение).

В 2022 году был внесен ещё один фактор — контроль качества сна.



Белов

Александр Михайлович
Заведующий кабинетом сомнологии объединенной больницы с поликлиникой УДП РФ, врач-терапевт-сомнолог, доктор медицинских наук, профессор.

Оказывается, что у лиц старше 60 лет нарушение качества сна приводит к повышенной смертности. Здесь выделили два основных фрагмента: первый — сколько времени человек спит, второй — как он дышит ночью.

Методы диагностики

Полисомнография — «золотой стандарт» в диагностике различных расстройств, связанных со сном. Проводится в лаборатории сна под контролем медицинского персонала и с синхронизированной видеозаписью (рис.1).

Ночной кардио-респираторный мониторинг — диагностика нарушений дыхания во время ночного сна с использованием портативной системы (рис.3).

Ночная компьютерная пульсоксиметрия — диагностика нарушений дыхания во время сна. Неинвазивный способ измерения насыщения артериальной крови кислородом. Показано пациентам с заболеваниями, при которых распространенность нарушений дыхания во сне может достигать 30-50%, и также пациентам с симптомами, характерными для СОАС, синдрома центрального апноэ сна (СЦАС) и хронической ночной гипоксемией (рис.3).

Лечение

Основным методом лечения является СИПАП-терапия. Аппарат для вспомогательной интраназальной вентиляции легких создает положительное давление, чтобы открыть верхние дыхательные пути. И если первые аппараты приходилось настраивать вручную, в дальнейшем появились автоматические устройства, а сейчас появилась новая технология, которая будет внедрена в ближайшее время — это Кайрос-СИПАП, при использовании которой на фоне дыхания постоянно меняется уровень необходимого давления, как бы подстраиваясь под каждого конкретного пациента. ■

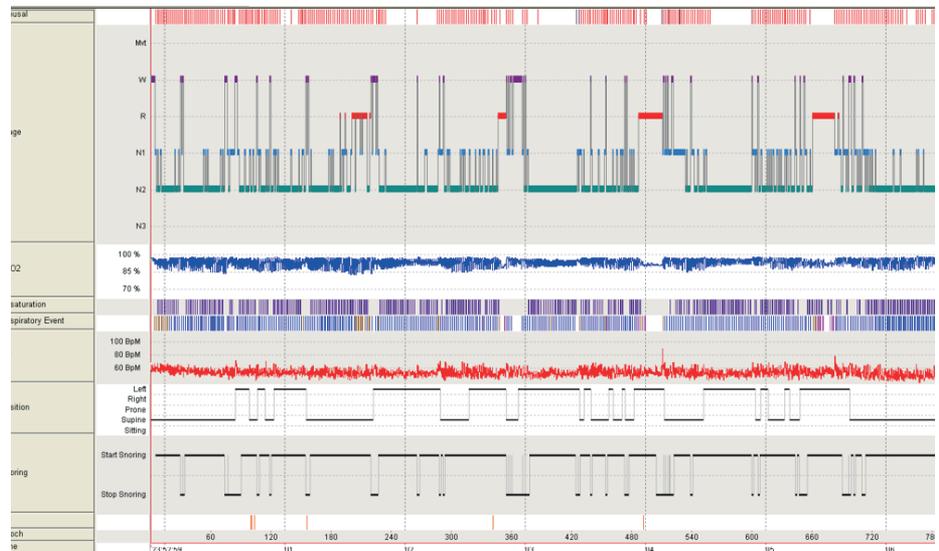


Рис.1. Полисомнография — «золотой» стандарт диагностики



Рис.2. Ночное кардио-респираторное мониторирование.

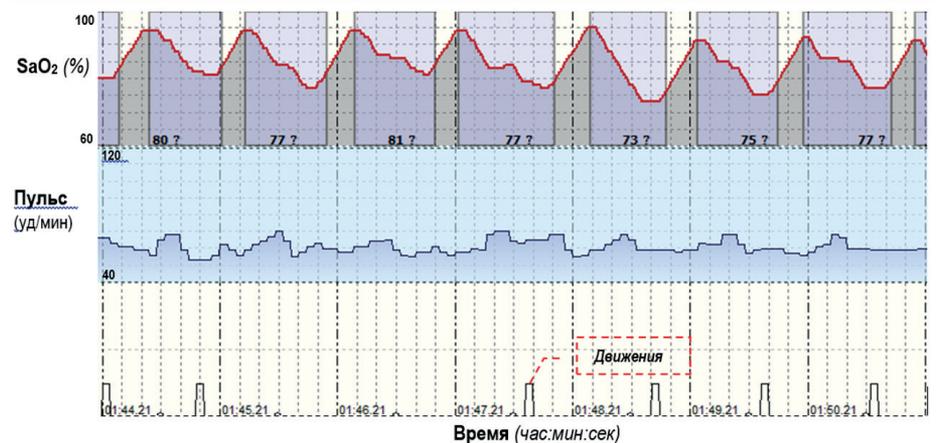


Рис.3. Фрагмент записи пульсоксиметрии пациента с СОАС.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА НА КОНЦЕПЦИЮ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРАПА



**Пелишенко
Татьяна Георгиевна**
заведующий отделением - врач-оториноларинголог, к.м.н.

По мировой статистике храп встречается у 35% пациентов из общей популяции, и в 7% случаев встречается апноэ. При этом храп и апноэ очень часто является сопутствующей патологией у пациентов с такими социально значимыми заболеваниями, как артериальная гипертензия и болезни эндокринной системы.

Какие же основные причины возникновения обструктивного апноэ сна? Сначала происходит снижение давления в просвете носоглотки. Чаще всего за счет искривления перегородки носа, гипертрофии глоточной миндалины, гипертрофии носовых раковин, наличия полипозного процесса и различных доброкачественных новообразований. Далее происходит сужение просвета дыхательных путей на уровне ротоглотки, в основном из-за увеличения небных миндалин, гипертрофии мягкого нёба, гипертрофии языка, наличия новообразований мягкого нёба. Также за счет изме-

нения строения зубочелюстной системы: недоразвития нижней челюсти (микрогнатии), её смещения (ретрогнатия), изменения соотношения челюстей. Конечно, это часто пациенты с ожирением. Еще одна причина апноэ сна — увеличение податливости стенки верхних дыхательных путей, в основном, за счет нарушения нервно-мышечного проведения, за счет дистрофических процессов и вследствие приема миорелаксантов.

На сегодняшний день, бесспорно, существует огромное количество различных хирургических методик лечения храпа и апноэ. Наиболее распространенные — это септопластика, резекция носового клапана, вазо- и конхотомии, эндоскопическая полисинусотомия.

Методики подразделяют в зависимости от уровня сужения просвета дыхательных путей. **Назофарингеальный уровень** — это септопластика, коррекция носового клапана, носовых раковин, санация полости носа и околоносовых пазух. **Уруфарингеальный** — это различные классические и аппаратные увулотомии, увулопалатопластики, увулопалатофарингопластики, тонзиллоктомии. **Гипофарингеальный уровень** — это как раз проблемы зубочелюстной системы, проведение ортогнатических операций. **Ларингеальный уровень** в настоящее время в России не используется в связи с недостаточными статистическими данными. Тем не менее хирургические вмешательства при данной патологии эффективностью своей, к сожалению, не радуют.

Возможные осложнения

Кроме классических осложнений, которые встречаются при данных хирургических вмешательствах, есть и специфические осложнения. Это нёбно-глоточная недостаточность, это нарушение работы мягкого нёба, за счет чего пища при глотании попадает в носоглотку. Назофарингеальный стеноз — это сужение просвета ротоглотки. При стенозе пациенту трудно проглотить пищу, у него возникает гнусавость, затруднение дыхания и, в принципе, плохо формируется пищевой комок. Еще одно очень неприятное осложнение — это нейропраксия подъязычного нерва, который возникает вследствие резекции корня языка, из-за чего у пациента нарушается подвижность языка, нарушаются вкусовые ощущения. После такого хирургического вмешательства возможно развитие гематомы шеи и при ее нарастании — асфиксии. И также возможно развитие медиастинита.

Лечение

В связи с таким количеством неприятных осложнений и подчас низкой эффективностью хирургического вмешательства, особенно на уровне глотки, отоларингологи разделились на две группы: одни за хирургическое вмешательство другие против. Если брать данные американских сомнологов, то при сужении, они визуализируют его на одном уровне и ратуют за хирургическое вмешательство. В том случае, если имеются мультисегментарные патологии, то основным методом лечения является СИПАП-терапия.

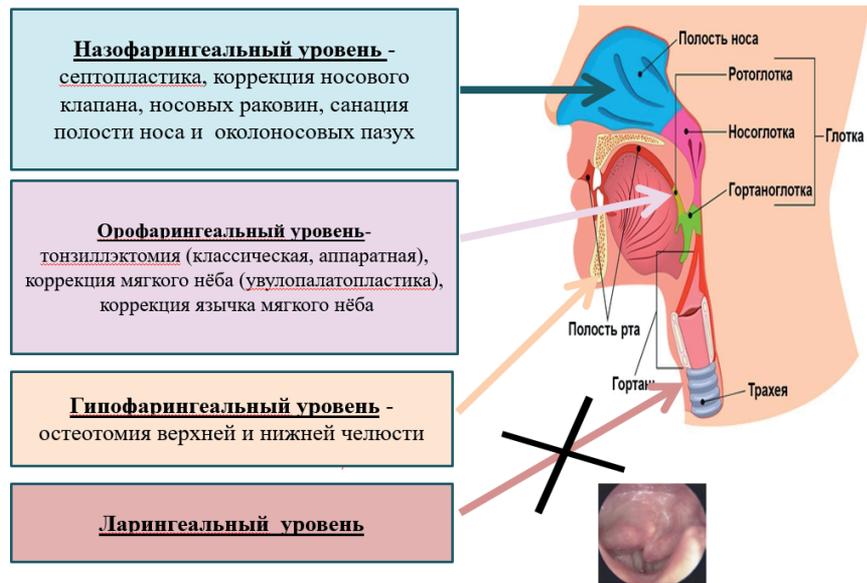
По данным российских сомнологов, первый этап диагности-

ки — это естественно проведение полисомнографии. При легкой степени апноэ используется позиционная терапия, при среднем и тяжелом апноэ на первое место выступает СИПАП терапия. Если же идет речь о нарушении зубно-челюстной патологии, то, конечно, проводятся ортогнатические операции. Остальные хирургические вмешательства российским обществом сомнологов не возбраняются. При альтернативных методах лечения используются различные внутрирототые приспособления.

Комплексная селективная предоперационная подготовка

При четком сужении просвета дыхательных путей на одном уровне, выполняется хирургическое лечение. Если у пациента мультифосментарное сужение и если он не совсем адаптировался к применению СИПАП-терапии, то хирургическое лечение выступает как метод подготовки пациента к применению СИПАП-терапии. Тогда осуществляется следующий алгоритм: за две-три недели до хирурги-

Хирургические методы лечения храпа и СОАС:



ческого лечения назначается СИПАП-терапия, кроме этого — обязательная консультация сосудистого хирурга с целью подбора антикоагулянтной терапии.

Для качественного, грамотного лечения храпа требуется мульт-

тидисциплинарный подход. Хирургическое лечение направлено на устранение обструкции на разных уровнях, но у пациентов с хронической гипоксией лечение проводится только с той целью, чтобы улучшить эффективность и переносимость СИПАП-терапии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

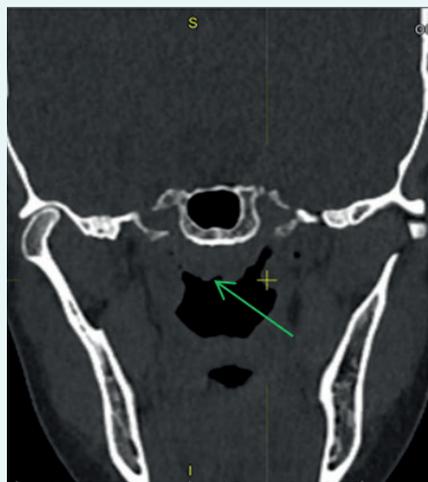
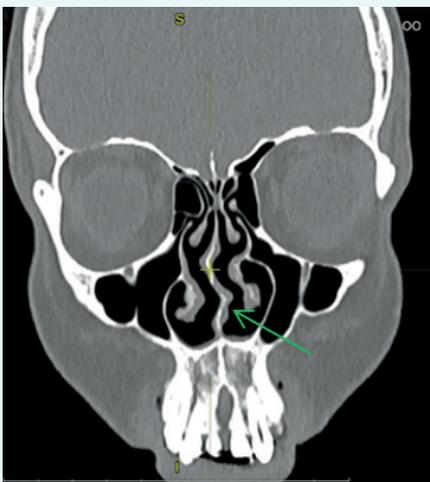
Пациентка 27 лет жаловалась на затрудненное носовое дыхание, постоянную сухость в носу, стекание слизи по задней стенке глотки, храп (около 3 лет), год назад появились приступы задержки дыхания во сне. У нее су-

жены верхние дыхательные пути на уровне перегородки носа и выражена гипертрофия глоточной миндалины.

Пациентка была проконсультирована оториноларингологом,

сомнологом, челюстно-лицевым хирургом и ортодонтом. С стороны отоларинголога была выполнена септопластика, коррекция носовых раковин и аденоидотомия. Челюстно-лицевые хирурги рекомендовали ей проведение ортогнатической операции, от которой пациентка отказалась. И врачом-ортодонтом было назначено лечение в виде подбора индивидуальной ночной капы.

Через два месяца после проведения хирургического вмешательства у пациентки при проведении контрольной полисомнографии апноэ не регистрировалось. И на данный момент это можно расценивать как хороший клинический результат. ■



КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ ВНУТРИРОТОВОЙ ФИКСАЦИИ



**Лабазанов
Асхаб Алиевич**

Научный руководитель ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ, врач-стоматолог-хирург, д.м.н.

Ночное апноэ — это состояние, при котором во время сна возникают перерывы или паузы в дыхании, вызванные расслаблением тканей мягкого нёба или сдавливанием органами дна полости рта, вследствие аномалии развития зубочелюстной системы или же дислокации органов дна полости рта.

Общие признаки и симптомы обструктивного апноэ сна включают в себя:

- Храп.
- Сужение дыхательных путей (аллергия, насморк, воспалительные процессы).
- Ослабление мышц гортани и языка вследствие возрастных изменений, применения различных лекарственных веществ, снотворных, алкоголя.
- Положение тела в время сна (дислокация корня языка).
- Ожирение.
- Форма или строение неба.

Взаимосвязь окклюзии и положения тела в пространстве

Если человек стоит ровно, затылок откинут назад, у нас челюсть выдвинута вперед. Соответственно, если у него правильная, прямая осанка, у него правильный

прикус. И если имеется сутулость, значит челюсть отодвигается назад, появляется так называемый «птичий язык» и происходит дислокация (рис.1).

Аномалии развития верхней и нижней челюсти бывают пяти видов.

- Дистальный прикус — верхняя челюсть смещена вперед относительно нижней.
- Мезиальный прикус — нижняя челюсть смещена вперед относительно верхней.
- Глубокий прикус — верхний зубной ряд перекрывает нижний на 2/3 и более.
- Открытый прикус — при смыкании челюстей остается большой зазор.
- Перекрестный прикус — зубы одной челюсти перекрывают зубы другой челюсти неравномерно спереди или в боковом отделе.

Все эти аномалии вызывают нарушения дыхания. В основе развития обструктивного апноэ наиболее часто лежит глубокий прикус или дистальное положение нижней челюсти, что в свою очередь ведет к компрессии верхних дыхательных путей пациента.

Для решения этих задач в стоматологии используется конусно-лучевая компьютерная томография. Это исследование позволяет провести анализ клинического состояния и объема дыхательных путей. Основным оценочным критерием анализа является диаметр верхних дыхательных путей на уровне корня языка, который

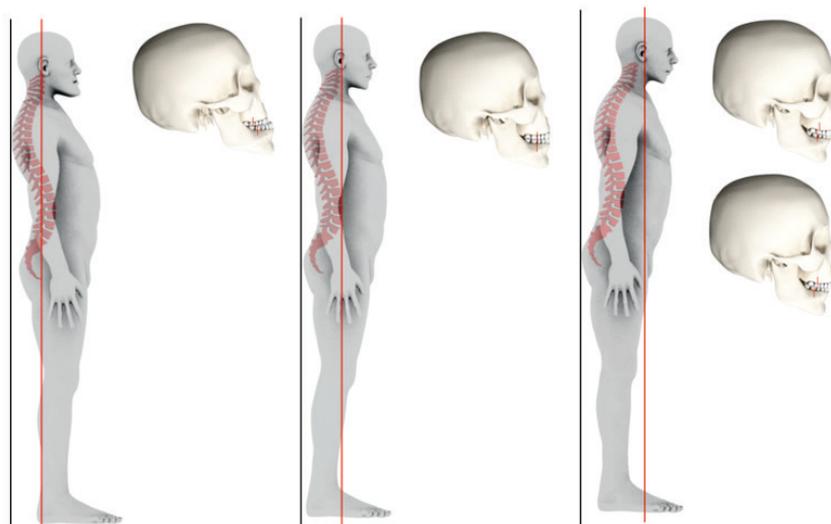


Рис.1. Взаимосвязь окклюзии и положения тела в пространстве.

выстраивается компьютерной программой.

Расшифровка цефалометрических методов позволяет выявить положение соотношения нижней челюсти к верхней, расстояние угла челюсти к позвоночному столбу и антропометрические данные. Эти расчеты бывают необходимы для начала ортодонтического лечения.

Перед началом приема этих пациентов проводится дентальное электромиографическое исследование, которое определяет степень и уровень работы жевательной мускулатуры (рис. 2).

Методы, используемые докторами-ортопедами и ортодонтами, — это внутриротное сканирование. Внутриротной сканер и дальнейшее 3D-моделирование зубов позволяет визуализировать зубной ряд со стороны улыбки и со стороны полости рта (рис. 3).

Создание трехмерной модели позволяет выдвигать, выравнивать положение нижней челюсти в пространстве.

В Волынской больнице уже налажено производство сплинтов — специальных систем, которые позволяют жестко фиксировать на верхнюю челюсть, выдвигать и отодвигать нижнюю челюсть в нужном положении (рис. 4). ■



Рис.2. Дентальное электромиографическое исследование (ЭМГ).

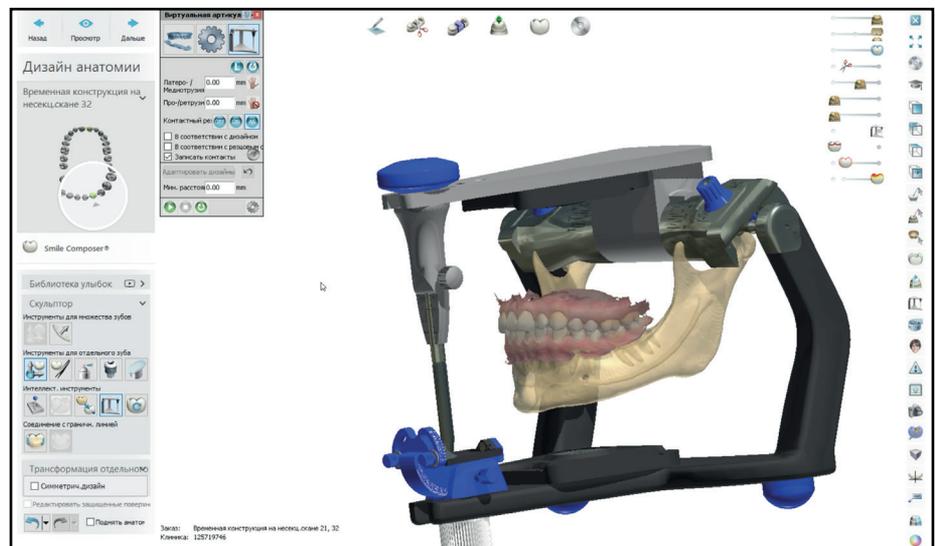


Рис.3. Цифровое перемещение и репозиция нижней челюсти с учетом скелетных структур.

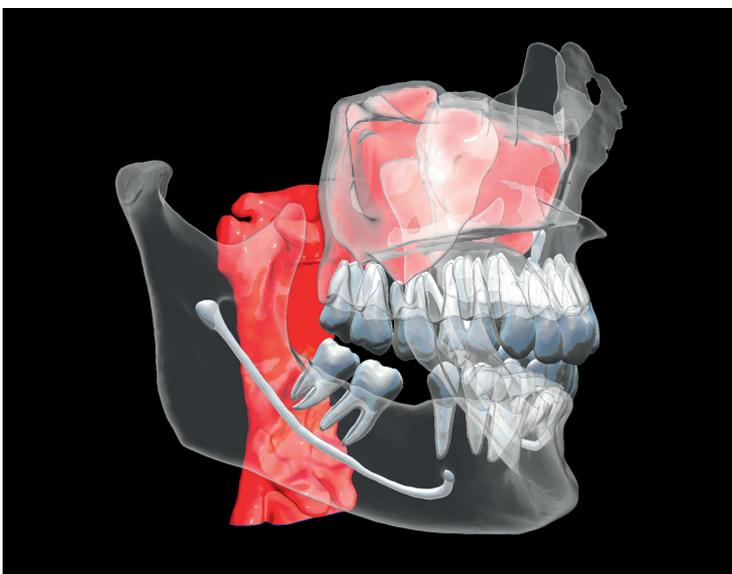


Рис.4. Создание 3х-мерных структур.

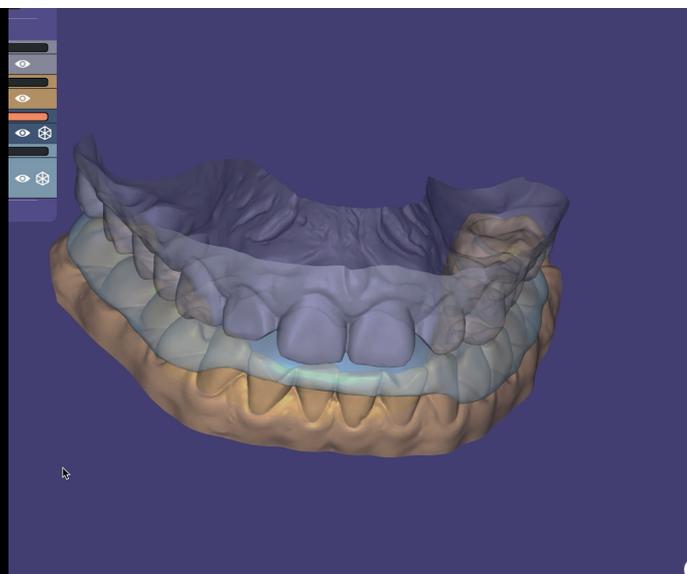


Рис.5. Цифровое моделирование сплинта.

Диагностика и лечение **апноэ** и других нарушений сна

Консультация
врача-сомнолога

Кардио-респираторный
мониторинг

Полисомнографическое
исследование

Множественный тест
латентности сна
(MSLT-тест)

Исследование
по протоколу «split-night»

Подбор CPAP-терапии

Пребывание в комфортной
одноместной палате
на время проведения
исследования



Центр медицины сна



Больше информации
и сомнологические онлайн-тесты
на странице Центра медицины сна
Волынской больницы

volynka.ru/sleep

Обратитесь к сомнологу если у Вас имеются:

- Храп
- Задержки дыхания во сне
- Чрезмерная дневная сонливость
- Бессонница
- Отсутствие освежающего эффекта ночного сна
- Неприятные ощущения в ногах вечером и ночью
- Избыточный вес
- Головная боль по утрам
- Повышение артериального давления
- Нарушения ритма сердца и проводимости
- Скрежетание зубами во сне (бруксизм)



**ФГБУ «Клиническая больница №1»
(Волынская) УДП РФ**
121352, г. Москва, ул. Староволынская, 10

Сайт:
volynka.ru

Моб. приложение:
«Больница №1»

Telegram канал:
[@volynka_vestnik](https://t.me/volynka_vestnik)

Вконтакте:
[@volynskayakb](https://vk.com/volynskayakb)

Колл-центр:
(499) 233-00-00

Платная госпитализация:
(495) 231-00-00