



УДК 616.8-009.836-06:616.24-008.444-036.3-037-07

DAYTIME SLEEPINESS - UNAPPROVED COMPLAINT.**ДЕННА СОНЛИВІСТЬ – НЕДООЦІНЕНА СКАРГА.**

Ivchyna N.A./Лвчина Н.А.,

PhD/к.мед.н, асистент

ORCID: 0000-0001-9650-8818

Dnipro State Medical University, Dnipro, Vernadskogo,9, 47000

Анотація: В роботі розглядається проблема недооцінення клінічного значення розповсюдженої скарги пацієнтів на денну сонливість. Важливість використовувати в практиці лікаря будь якої спеціалізації опитувальників STOP BANG, шкала сонливості Епфорта (ESS), Берлінського опитувальника (Berlin Questionnaire [BQ]). Керівництво даними анкетами необхідно для виявлення патологічного стану – синдрому нічного апное.

Ключові слова: денна сонливість, нічне апное, діагностика розладу сну, профілактика ускладнень.

Вступ

Сонливість - часте бажання подрімати, бодай 15-20 хвилин, для того, щоб доробити, зосередитись, встигнути.

В теперішній час важко зустріти людину, яка б не бажала трохи більше та якісніше спати. Сонливість доволі розповсюджена скарга серед пацієнтів з хронічною патологією, особливо у пацієнтів з коморбідною патологією.

Денна сонливість має багатоетіологічне походження. Мова йде не про безсонні ночі через повітряні тривоги, хронічний стрес, порушення сну у військових, хворих із хронічним больовим синдромом чи молодих батьків, та ін. Йдеться про «звичайного» пацієнта. Чоловіка середніх літ з м'якою артеріальною гіпертензією, або ж жінку з підвищеною вагою, яка прийшла на прийом до гінеколога, пацієнта із цукровим діабетом або гіперплазією передміхурової залози. Сонливість може приховувати нестачу мінералів та мікроелементів, може бути частиною симптомокомплексу досі скритої патології. Але як часто ми серйозно звертаємо увагу на скаргу пацієнта про денну сонливість?

В цілому розлади сну (в т.ч. інсомнія, гіпо-, гіперсомнія) має майже третина дорослого населення [1]. Хтось із пацієнтів погано засинає, когось турбує страх ненастання сну, хтось може легко прокинутись від найтихіших звуків, а хтось може просинатись о 3 годині ранку і більше не може заснути. Структура інсомній різноманітна і не завжди ми можемо орієнтуватись на суб'єктивність оцінювання стану. Необхідно об'єктивне (інструментальне) дослідження сну конкретного пацієнта для відокремлення цілої низки патологічних станів, що призводять до розладів сну та денної сонливості. Синдром сонних апное один із них.

Обструктивне апное сну (апное/гіпопное) – патологічний стан (ICD-11 – 7F41), який супроводжується епізодами апное (зупинки) або гіпопное (зниження амплітуди дихання), в поєднанні із десатурацією. Ці епізоди виникають за умови обструкції дихальних шляхів та відбуваються під час сну (частіше в нічний період часу). Повторення таких респіраторних епізодів відбувається за ніч доволі часто, інколи до 50-60 разів за годину (власні спостереження), в середньому 300-500 за ніч та можуть тривати від десятків хвилин до декількох годин за ніч.



Великий відсоток цих епізодів супроводжується короточасними пробудженнями. В наслідок чого, пацієнти скаржаться на виражену денну сонливість. Це майже найчастіша скарга багатьох пацієнтів, поодинокі або в поєднанні із скаргами на гучний храп, порушення якості сну або зупинки дихання уві сні.

Взагалі, прояви синдрому нічного апное дуже різноманітні. Пацієнти можуть звертатися до сімейних лікарів та/або до лікарів інших спеціальностей, через скарги на поганий контроль артеріального тиску та/або аритмії (сімейні лікарі та кардіологи), задишку уві сні (кардіологи та пульмонологи), порушення вуглеводного обміну, збільшення ваги (ендокринологи), часте сечовипускання уночі (ендокринологи та урологи), когнітивні порушення (неврологи та психологи) та ін. А наскільки важлива інформація про денну сонливість у пацієнта з вірогідним апное при бесіді пацієнта з анестезіологом перед хірургічним втручанням? Чи вплине дана інформація на ведення пацієнта в періопераційний період? [2].

Підтвердження діагнозу можливо при проведенні полісомнографічного дослідження (ПСГ), яке є золотим стандартом в діагностиці цього стану [3]. Встановлення діагнозу сонного апное можливо за наявності від 5 до 15 епізодів порушення дихання за годину (індекс апное-гіпопное, ІГА) незалежно від клінічних проявів [4]. Або якщо ІАГ більше 5-10 та є або спонтанне засинання, денна сонливість, втома або безсоння, або пробудження від відчуття задишки чи стискання, зупинки дихання або якщо є ствердження родичів на голосне хропіння та/або епізоди зупинок дихання уві сні. Як завжди є ступені важкості на основі індексних показників – легкий, середній та важкий. За даними різних авторів критерії можуть різнитись, але не принципово [5].

Полісомнографічне дослідження, на жаль, не проводиться так часто, як ми зустрічаємо пацієнтів із «звичним хропінням та/чи сонливістю». Можливо через недостатню інформованість проблемою та/або низький рівень скринінгового виявлення ризику апное у пацієнтів. Останнє не потребує великих матеріальних чи апаратних затрат. Водночас, має велике значення, через зростання кількості пацієнтів із підозрою на сонне апное. Для виявлення ризику апное існують опитувальники, які вже доказали свою ефективність. Це опитувальник STOP BANG, шкала сонливості Епфорта, Берлінський опитувальник та ін [6,7].

Опитувальник STOP BANG. Його частіше використовують анестезіологи на етапі передопераційного скринінгу у пацієнтів з так званими важкими дихальними шляхами та/або для попередження періопераційних ускладнень. Це має місце в доволі актуальній на сьогоднішній час хірургічній ланці - у пацієнтів, яким виконується баріатрична терапія. Пацієнти з морбідним ожирінням є групою високого ризику респіраторних ускладнень [8-10]. Але не менш актуально це і в хірургічній стоматології [2]

За даними авторів [11-13], дихальна недостатність в післяопераційному періоді була пов'язана з наявністю синдрому обструктивного апное (СОАС), який виявлявся у пацієнтів із ожирінням більше ніж у 70%. Тому це обумовило виділення такої категорії пацієнтів високого респіраторного ризику, пов'язаного з СОАС (BPP-СОАС) [14]. Опитувальник дуже простий у використанні (таблиця



1).

Таблиця 1. STOP-BANG опитувальник

| STOP-BANG опитувальник | |
|-------------------------------|---|
| S | Snoring (ХРОПІННЯ) – Ви гучно хропите (достатньо гучно, щоб було чути через закриті двері спальні?) |
| T | Tired (ВТОМЛЮВАНІСТЬ) – Чи відчуваєте ви впродовж дня втомлюваність, слабкість, денну сонливість? |
| O | Observed (Ситуація навколо вас) – Хто небудь відмічав у вас зупинки дихання уві сні? |
| P | Pressure (ТИСК) – Чи лікуєте ви високий артеріальний тиск чи підвищується у вас тиск? |
| B | BMI (ІМТ) – Індекс маси тіла більше ніж 35 кг/м ² ? |
| A | Age (Вік) – Ваш вік більше 50 років? |
| N | Neck (ШИЯ) – окружність шиї більше 40 см? |
| G | Gender (ПОЛ) – Ви чоловік? |

Трактування та подальша тактика ведення пацієнта не викличе труднощів. За кожен позитивну відповідь пацієнт отримує 1 бал. Якщо у пацієнта 0-2 бали – ризик низький, 3-4 «так» - помірний ризик. Високий ризик виявлення апное у пацієнта можливий при наявних 5-8 «так», або більше 2 «так» на питання 1-4 + чоловіча стать, або більше 2х «так» на питання 1-4 + окружність шиї більше 43 см у чоловіків або 41 см у жінок. У випадку низького ризику виявлення апное у бариатричних пацієнтів не використовується превентивна вентиляція. При отриманні 3-5 балів за цією шкалою – рекомендовано провести полісомнографічне дослідження. Якщо буде виявлено зниження сатурації нижче 93% або ІАГ буде більше 15 в поєднанні з денною сонливістю або ІАГ більше 30 – пацієнт потребує превентивної вентиляції. При наявних 6 та більше балів можливо проведення кардіо-респіраторного моніторингу (КРМ) або респіраторного моніторингу (РМ). Перераховані дослідження (ПСГ, КРМ або РМ) доказово співставні для виявлення СОАС, тому не має потреби використовувати більш дорогі дослідження (ПСГ), а можливо використовувати дані РМ [15].

Берлінський опитувальник для виявлення апное сну (Berlin Questionnaire [BQ]). Представляє собою анкету, що складається з 3 розділів (всього 11 питань), пов'язаних із ризиком апное сну. Інтерпретація результатів базується на позитивних оцінках (наявності хоча б 2х балів) у розділах 2 або 3 та відповідає високому ризику апное, позитивна оцінка у 1 розділі (хоча б 1 бал) означає низький ризик апное у пацієнта (Таблиця 2)

Таблиця 2. Берлінський опитувальник

| Берлінський опитувальник | | |
|---|---|---|
| Розділ 1 | Розділ 2 | Розділ 3 |
| 1. Ви хропете? а) Так (1 бал) б) Ні (0 балів) | 6. Як часто Ви відчуваєте стомленість чи втому після сну? | 10. Чи страждаєте Ви на гіпертонічну хворобу? |



| | | |
|---|--|---|
| <p>в) Не знаю (0 балів)</p> | <p>а) Майже щодня (1 бал) б) 3-4 рази на тиждень (1 бал) в) 1-2 рази на тиждень (0 балів) г) 1-2 рази на місяць (0 балів) д) Рідко чи ніколи (0 балів)</p> | <p>а) Так (1 бал) б) Ні (0 балів) в) Не знаю (0 балів)</p> |
| <p>2. Якщо Ви хропете, то Ваш хропіння: а) Трохи голосніше за дихання (0 балів) б) Такий самий як розмова (1 бал) в) Гучніше за звичайну розмову (1 бал) г) Дуже гучний – чути в сусідній кімнаті (1 бал)</p> | <p>7. Під час неспання Ви відчуваєте втому, млявість, розбитість? а) Майже щодня (1 бал) б) 3-4 рази на тиждень (1 бал) в) 1-2 рази на тиждень (0 балів) г) 1-2 рази на місяць (0 балів) д) Рідко чи ніколи (0 балів)</p> | <p>11. Розрахуйте Ваш ІМТ (індекс маси тіла) за формулою: $ІМТ = \frac{\text{маса тіла (кг)}}{\text{зростання у квадраті (см)}}$ а) понад 30 (1 бал) б) менше 30 (0 балів)</p> |
| <p>3. Як часто Ви хропете? а) Майже щодня (1 бал) б) 3-4 рази на тиждень (1 бал) в) 1-2 рази на тиждень (0 балів) г) 1-2 рази на місяць (0 балів) д) Рідко чи ніколи (0 балів)</p> | <p>8. Ви колись засипали за кермом? а) Так (1 бал) б) Ні (0 балів)</p> | |
| <p>4. Ваш хропіння заважає оточуючим людям? а) Так (1 бал) б) Ні (0 балів) в) Не знаю (0 балів)</p> | <p>9. Якщо так, то як часто це трапляється (у цьому питанні бали не враховуються)? а) Майже щодня б) 3-4 рази на тиждень в) 1-2 рази на тиждень г) 1-2 рази на місяць д) Рідко чи ніколи</p> | |
| <p>5. Хтось помічав, що Ви перестаєте дихати уві сні?</p> | | |



| | | |
|---|--|--|
| а) Майже щодня (1 бал) б) 3-4 рази на тиждень (1 бал) в) 1-2 рази на тиждень (0 балів) г) 1-2 рази на місяць (0 балів) д) Рідко чи ніколи (0 балів) | | |
| Висновок у розділі 1: При сумі балів 2 чи більше оцінка вважається позитивною. | Висновок у розділі 2: При сумі балів 2 чи більше оцінка вважається позитивною. | Висновок у розділі 3: Оцінка вважається позитивною за наявності хоча б 1 бала. |

Шкала сонливості Епворта (Epworth/ ESS).

Дозволяє уточнити особливості в різноманітних життєвих ситуаціях. Пацієнта запитують чи відчуває він сонливість при читанні, просмотрі телевізійних програм, в умовах, що не потребують активності (театр, засідання, лекції), при перебуванні в транспорті в якості пасажира менше 1 години, у другій половині дня, при бесіді з кимось, після прийому їжі або в автомобільній пробці. Відповідь трактується в балах. 0 – немає сонливості, 1- низька сонливість, 2 – помірна та 3 виражена сонливість. Якщо пацієнт набирає від 6 до 12 балів - це відповідає помірній денній сонливості та пацієнту доцільно виключити наявність розладів сну. Від 12 до 17 балів – існує велика верогідність розладів сну та пацієнтові треба наполегливо рекомендувати обстежитись. Якщо виявлено більше 17 балів – слід негайно провести обстеження для виключення розладів сну.

Як бачимо, анкети та питання абсолютно не складні. Проведення опитування не займає багато часу. Можна помітити, що в анкетах використовуються майже однакові обтяжуючі показники: денна сонливість, хрипіння, рівень артеріального ризику, вага та інше. Їх наявність та/або комбінація у пацієнта може відображати рівень ризику наявності сонного апное [12]. Анкети STOP-Bang мали найвищу чутливість для прогнозування СОАС, тоді як ESS мав найвищу специфічність [16-17].

Висновки

Використання опитувальників за наявності денної сонливості у пацієнта не займає багато часу та не відноситься до високовартісної діагностики. Проблема сьогодення - довгий та тривалий шлях до істинних причин сонливості та до діагностики порушень дихання уві сні, через велику вартість обладнання, яке необхідно для підтвердження діагнозу та визначення подальшої тактики ведення пацієнта.



Література:

1. Kryger MH, Roth T, Dement WC. Principles and practice of sleep medicine. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017
2. Kaw R., Chung F., Pasupuleti V. et al. Meta-analysis of the association between obstructive sleep apnoea and postoperative outcome. *Br. J. Anaesth.*, 2012, no. 109, pp. 897–906. <https://doi.org/10.1093/bja/aes308>.
3. Collop N. A., Anderson W. M., Boehlecke B. et al. Portable monitoring task force of the American Academy of Sleep Medicine. Clinical guidelines for the use of unattended portable monitors in the diagnosis of obstructive sleep apnea in adult patients // *J. Clin. Sleep Med.* - 2007. - No. 3 (7). - P. 737-747. PMID: 18198809 PMCID: PMC2556918.
4. Chervin R.D., Guilleminant C. Obstructive sleep apnea and related disorders // *Neurol. Clin. Noorth Am.* - 1996. - Vol. 14. - P.583-609. Deegan P.C., McNickolas WT. Predictive value of clinical features for the obstructive sleep apnoea syndrome // *Eur. Respir. J.* - 1996. - Vol. 9. - P. 117-244
5. Strochl K.P., Redline S. Recognition of obstructive sleep apnoea // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* - 1996. - Vol.154. - P. 279-289
6. Diagnostic accuracy of the Berlin questionnaire, STOP-BANG, STOP, and Epworth sleepiness scale in detecting obstructive sleep apnea: A bivariate meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2017 Dec;36:57-70. doi: 10.1016/j.smrv.2016.10.004. Epub 2016 Nov 5.
7. Chiu HY, Chen PY, Chuang LP, Chen NH, Tu YK, Hsieh YJ, Wang YC, Guilleminault C. *Sleep Med Rev.* 2017 Dec;36:57-70. doi: 10.1016/j.smrv.2016.10.004. Epub 2016 Nov 5. Park J. G., Ramar K., Olson E. J. Updates on definition, consequences and management of obstructive sleep apnea // *Mayo Clin Proc.* - 2011. -No. 86 (6). - P. 549-554. <https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0810>.
8. Fried M., Yumuk V., Oppert J. M. et al. Interdisciplinary European guidelines on metabolic and bariatric surgery // *International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders-European Chapter (IFSO-EC) and European Association for the Study of Obesity.* – 2014. – № 24 (1). – P. 42–55. <https://doi.org/10.1007/s11695-013-1079-8>.
9. Gross J. B., Apfelbaum J. L., Caplan R. A. Practice guidelines for the perioperative management of patients with obstructive sleep apnea. An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on perioperative management of patients with obstructive sleep apnea // *Anesth.* – 2014. – № 120. – P. 268–286. <https://doi.org/10.1097/ALN.000000000000053>.
10. Ho G., Cozowicz C., Wong J. et al. Patient preference survey: Are patients willing to delay surgery if obstructive sleep apnea is suspected? // *BMC Anesth.* – 2018. – № 18 (1). – P. 128. <https://doi.org/10.1186/s12871-018-0594-5>.
11. Nagappa M., Patra J., Wong J. et al. Association of STOP-Bang questionnaire as a screening tool for sleep apnea and postoperative complications: A systematic 78 Вестник анестезиологии и реаниматологии, Том 18, № 6, 2021 studies // *Anesth. Analg.* – 2017. – № 125 (4). – P. 1301–1308. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002344>.



12. Chung F., Liao P., Elsaid H., et al. Factors associated with postoperative exacerbation of sleep-disordered breathing // *Anesth.* - 2014. - № 120. - P. 299-311. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000041>.

13. Nagappa M., Wongb J., Singhb M. et al. An update on the various practical applications of the STOP-Bang questionnaire in anesthesia, surgery, and perioperative medicine // *Co Anesth.* - 2017. - № 30 (1). - P. 118-125. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000426>

14. Fernandez-Bustamante A., Frenzl G., Sprung J. et al. Postoperative pulmonary complications, early mortality, and hospital stay following noncardiothoracic surgery: A multicenter study by the Perioperative Research Network Investigators. *JAMA Surg.*, 2017, no. 152(2), pp. 157-166. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.4065>.

15. Collop N. A., Anderson W. M., Boehlecke B. et al. Portable monitoring task force of the American Academy of Sleep Medicine. Clinical guidelines for the use of unattended portable monitors in the diagnosis of obstructive sleep apnea in adult patients // *J. Clin. Sleep Med.* - 2007. - № 3 (7). - P. 737-747. PMID: 18198809 PMCID: PMC2556918.

16. Performance of sleep questionnaires for the diagnosis of obstructive sleep apnea syndrome. *Rev Med Chil.* 2019 Dec;147(12):1543-1552. doi: 10.4067/S0034-98872019001201543.

17. Validation of the STOP-Bang questionnaire as a preoperative screening tool for obstructive sleep apnea: a systematic review and meta-analysis. Hwang M, Nagappa M, Guluzade N, Saripella A, Englesakis M, Chung F. *BMC Anesthesiol.* 2022 Nov 30;22(1):366. doi: 10.1186/s12871-022-01912-1. PMID: 36451106

Abstract. *The article deals with the problem of underestimating the clinical significance of the widespread complaint of patients - daytime sleepiness. The importance of using the STOP BANG, Efort, Berlin questionnaire in the practice of a doctor of any specialization. Guidance of these questionnaires is necessary to identify the pathological condition - night apnea syndrome.*

Keywords: *daytime sleepiness, night apnea, diagnosis of sleep disorder, prevention of complications.*

Стаття відправлена: 28.06.2023 р.
Івчина Н.А.