

УДК 616.853-073.97

В. В. Сухоруков, Л. П. Забродіна, Ю. В. Бовт
**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК: ІНСОМНІЯ У ХВОРОГО НА СИНДРОМ ДАУНА
 У ПОЕДНАННІ З СИМПТОМАТИЧНОЮ ЕПІЛЕПСІЄЮ**

В. В. Сухоруков, Л. П. Забродіна, Ю. В. Бовт
**Клинический случай: инсомния у больного синдромом Дауна
 в сочетании с симптоматической эпилепсией**

V. V. Sukhorukov, L. P. Zabrodina, Yu. V. Bovt
Clinical case: insomnia in a patient with down syndrome with symptomatic epilepsy

У роботі наведено клінічний випадок безсоння у пацієнта з синдромом Дауна на тлі симптоматичної епілепсії.

Проведена денна реєстрація електроенцефалограми і нічна полісомнографія з відеомониторингом. Показано, що у хворого, при відсутності нападів у денний час доби, на тлі протиепілептичної терапії, спостерігалися нічні парціальні напади з міоклонічними судомами м'язів обличчя, фіксацією очних яблук догори, ретроградною амнезією, які супроводжувалися наявністю фокальних патологічних змін у лобових відведеннях без вторинної генералізації.

Внаслідок перегляду схеми лікування встановлено, що причиною розвитку інсомнії у цього хворого були виявлені нічні парціальні короточасні епілептичні напади, що потребує введення полісомнографічного дослідження у протокол обстеження хворих цієї категорії.

Ключові слова: електроенцефалограма, безсоння, епілепсія

В работе представлен клинический случай бессонницы у пациента с синдромом Дауна на фоне симптоматической эпилепсии.

Проведена дневная регистрация электроэнцефалограммы и ночная полисомнография с видеомониторингом. Показано, что у больного, при отсутствии приступов в дневное время суток, на фоне противосудорожной терапии, отмечаются ночные парциальные приступы с миоклоническими судорогами мышц лица, фиксацией глазных яблок вверх, ретроградной амнезией, сопровождающиеся наличием фокальных патологических изменений в лобных отведениях без вторичной генерализации.

В результате пересмотра схемы лечения установлено, что причиной развития инсомнии у данного больного были выявленные ночные парциальные кратковременные эпилептические приступы, что требует включения полисомнографического исследования в протокол обследования больных данной категории.

Ключевые слова: электроэнцефалограмма, бессонница, эпилепсия

The paper presents a clinical case of insomnia in a patient with Down syndrome on the background of symptomatic epilepsy.

The daytime EEG registration and night-sleep polysomnography with video monitoring was conducted. It was shown that the patient, in the absence of seizures during the daytime, against the background of anti-epileptic therapy, has nighttime focal seizures with myoclonic facial cramps, fixation of the eyeballs upwards, retrograde amnesia, accompanied by focal pathological changes in frontal leads without secondary generalization.

As a result of the treatment plan revision, it was established that the cause of insomnia in this patient was identified nightly partial short-term epileptic seizures, which requires the inclusion of a polysomnographic study in diagnostic protocol of this patients category.

Keywords: electroencephalogram, insomnia, epilepsy

У теперішній час проблема діагностики та лікування інсомнії не втрачає своєї актуальності, незважаючи на численні дослідження, присвячені цьому питанню. Крім істотного впливу на якість життя пацієнта, успішність, продуктивність, безсоння залишається фактором ризику розвитку деяких неврологічних і психічних хвороб, а також серцево-судинних захворювань, синдрому хронічного болю, цукрового діабету, ожиріння і бронхіальної астми [1].

Відповідно до третього видання Міжнародної класифікації розладів сну (ICSD-3), безсоння характеризується розладами засинання, безперервності й якості нічного сну, в умовах адекватних обставин відпочинку, що призводять до розвитку денної сонливості, порушень денного неспання. Ці симптоми можуть негативно вплинути на здоров'я, якість життя, успішність, підвищити ризик дорожньо-транспортних пригод, знизити продуктивність праці, посилити дратівливість і збільшити денну сонливість. Безсоння також вважають фактором ризику медичних проблем, як-от серцево-судинні захворювання, синдром хронічного болю, депресія, неспокій, цукровий діабет, ожиріння і бронхіальна астма [2].

З огляду на останні статистичні дані, приблизно 30 % населення земної кулі страждають на безсоння, у 10 % виявлені розлади денного неспання, асоційовані з порушенням нічного сну. За даними Paul P. Doghranji,

Milton Erman, в повсякденній клінічній практиці скарги на порушення сну висловлюють до 50 % пацієнтів, що приходять у кабінет лікаря первинної медичної допомоги. Однак, тільки у 5 % випадків ці скарги є основними, у 26 % пацієнтів ці скарги вторинні і близько 65 до 70 % не скаржаться на безсоння за її наявності [3].

В останні роки спостерігається збільшення поширеності хронічного безсоння до 10 % у промислово розвинених європейських країнах (рис. 1), поряд зі збільшенням частоти використання снодійних препаратів [4].

Таблиця 1. Поширеність інсомнії у промислово розвинених європейських країнах [за 4]

Країна	Частота використання снодійних препаратів
Франція	19,0
Німеччина	5,70
Англія	5,80
Норвегія	15,50
Іспанія	6,40
Італія	7,00
Угорщина	9,00
Фінляндія	11,70
Швеція	10,50

Незважаючи на відсутність чітких статистичних даних про поширеність в Україні за останні кілька років, ми можемо бачити випадки безсоння неорганічного і органічного походження у повсякденній клінічній практиці.

Надаємо клінічний випадок пацієнта віком 21 рік, з синдромом Дауна, раніше встановленим діагнозом: симптоматична епілепсія. Скарги під час звернення на втрату свідомості з тоніко-клонічними судомами кінцівок, прикушуванням язика, мимовільним сечовипусканням, на розлади сну. Перший напад спостерігався у січні 2019 р., у нічний час доби. Хворому був призначений енократ хроно, у дозі 600 мг на добу. У лютому 2019 — повторний напад, з розвитком епілептичного статусу. В умовах стаціонару була переглянута схема лікування: замість енократ хроно призначено: депакін хроно 500 мг вранці і ввечері (з поступовим нарощуванням дози до 1300 мг на добу), кеппра 500 мг на добу. У березні 2019 — повторний епілептичний статус. Перегляд терапії: депакін хроно — 1500 мг на добу, кеппра — 1000 мг на добу. Хворий був направлений в відділення медицини сну ДУ «ІНПН НАМН України» для подальшого обстеження, можливої корекції схеми терапії.

Проведено обстеження, відповідно до міжнародних діагностичних і терапевтичних рекомендацій щодо інсомнії, затверджених робочою групою Європейського товариства з вивчення сну (ESRS 2017), що передбачало вивчення історії порушення сну, фізикальний та неврологічний огляд, з використанням шкал та опитувальників (індексу тяжкості безсоння — ISI) [5], шкала денної сонливості Епфорта — ESS), денна реєстрація електроенцефалограми (ЕЕГ), полісомнографічне дослідження з відеомоніторингом.

Денну ЕЕГ та нічну поліграму реєстрували за допомогою комп'ютерного комплексу «Нейрон-Спектр+». Реєстрацію денної електроенцефалограми проводили з використанням 20 стандартних монополярних відведень за Міжнародною системою «10—20» з двома іпсилатеральними вушними електродами.

Поліграма нічного сну поєднує електроенцефалограму — 16 монополярних відведень, електроокулограму лівого та правого ока, електроміограму з м'язів підборіддя і електрокардіограму.

Аналіз структури нічного сну здійснювали за Міжнародною класифікацією стадій і фаз сну. Під час аналізу структури нічного сну і побудови гіпнограми використовували епохи тривалістю 30 с. Обчислення показників нічного сну проводили за допомогою програмного забезпечення «Нейрон-Спектр-ПСГ».

Збирання та аналіз анамнестичних, полісомнографічних даних проводили з урахуванням наявності синдрому Дауна та притаманних йому клінічних та електрофізіологічних особливостей.

На момент обстеження скарг на наявність нападів останні два місяці не пред'являє. Основні скарги — у вигляді симптомокомплексу з труднощами засинання, на коротку тривалість нічного сну, денну сонливість.

Соматичний статус пацієнта — без особливостей. У неврологічному статусі виявлено слабкість конвергенції, горизонтальний ністагм, позитивні стопні ознаки, симптоми подразнення. Результат оцінки денної сонливості за шкалою Епфорта становив 9 балів, індекс тяжкості безсоння — 18 балів, що відповідало безсонню середнього ступеня тяжкості.

Денну ЕЕГ проводили без функціональних навантажень, виявлено дезорганізацію біоелектричної

активності мозку з домінуванням низькоамплітудної поліморфної активності. Альфа-ритм — нерегулярний немодульований (середня частота — 10,8 Гц, амплітуда — до 40 мкВ, індекс — 15,0 %), максимально виражений у потиличних відведеннях. У лобових відведеннях білатерально реєструвалися низькоамплітудні поодинокі спайки і поліспайки з амплітудою до 25 мкВ, визначався високий індекс до 30 % нерегулярної низькоамплітудної активності переважно дельта-діапазону (рис. 1).

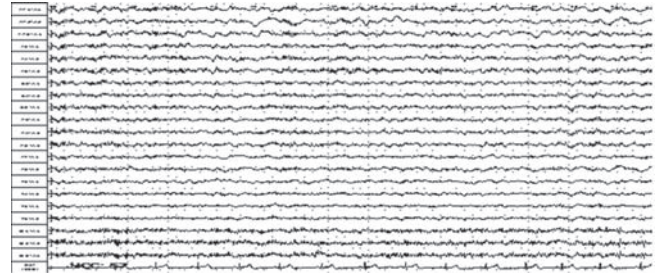


Рис. 1. Фрагмент денної ЕЕГ хворого Ч., 21 років

Під час проведення нічного моніторингу на ЕЕГ перехід від неспання до сну характеризувався уповільненням фоновіої біоелектричної активності. У задньолобових відведеннях (відведення F3A1 і F4A2) реєструвалися загострені дельта-коливання з частотою 3 Гц з подальшим формуванням поодиноких комплексів спайк — хвиля з амплітудою до 100 мкВ (рис. 2).

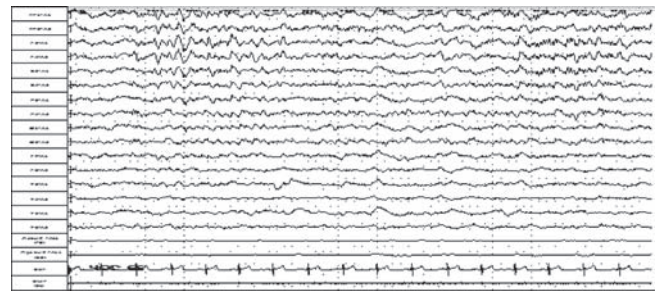


Рис. 2. Фрагмент поліграми в першій стадії сну у хворого Ч., 21 років

У другій стадії повільнохвильового сну на ЕЕГ спостерігалися гострі хвилі як в структурі сонних веретен, так і в структурі К-комплексів з амплітудним переважанням у лобових симетричних відведеннях, простежувалося формування дифузних розрядів поліморфної епілептичної активності, епілептизованих поліфазних К-комплексів зі спайковим компонентом (рис. 3).

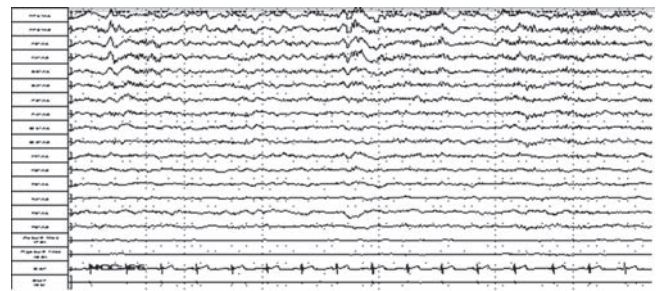


Рис. 3. Фрагмент поліграми в другій стадії сну у хворого Ч., 21 років

В поверхневих стадіях нічного сну під час відеомоніторингу зареєстровано 3 парціальних напади з міоклонічними судомами м'язів обличчя, очі хворого відкриті, очні яблука фіксовані догори, тривалістю до 2-х секунд. На ЕЕГ у цей час білатерально в лобових відведеннях реєструвались ритмічні розряди з частотою 3 Гц і амплітудою до 100 мкВ (рис. 4). Напади були амнезовані хворим, що було виявлено під час фізикального огляду наступного дня.

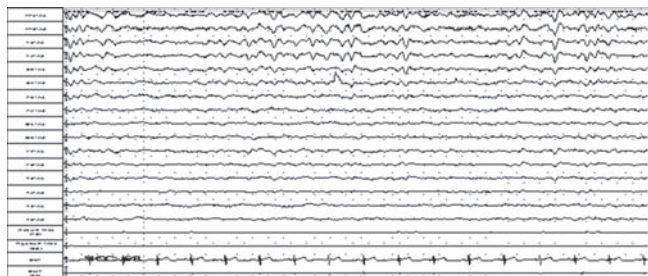


Рис. 4. Фрагмент поліграми під час нічного парціального епілептичного нападу

Отже, у хворого на синдром Дауна, на тлі інсомнії середнього ступеня тяжкості, зареєстровані 3 нічних парціальних короткочасних епілептичних напади. Був зроблений повторний перегляд терапевтичної схеми: депакін хроно — 1500 мг на добу, кеппра — 1500 мг на добу, огляд психіатра: призначені когнітивно-поведінкові вправи. Під час наступних чотирьох місяців стан хворого поліпшився, поступово зникли скарги на труднощі засинання та зниження тривалості сну.

На нашу думку, нічний ЕЕГ-моніторинг відіграє важливу діагностичну роль у курації хворих цієї категорії, у яких інсомнія може бути проявом наявності епілептичних нападів, які хворий не усвідомлює, та не можуть бути зафіксовані членами родини хворого, через свою короткочасність та відсутність рухової активності.

Список літератури

1. Ambardekar N. An Overview of Insomnia // WebMD. February 06, 2019. URL : <https://www.webmd.com/sleep-disorders/guide/insomnia-symptoms-and-causes#1>.
2. Kaur H., Bollu P. C. Chronic Insomnia. February 2019. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526136/>.
3. Doghramji P. P. Milton E. Neubauer D. N. Insomnia: Manifestations, Risks, and Diagnosis // Medscape. July 2019. URL : <https://www.medscape.org/viewarticle/582264>.
4. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia / Riemann D., Baglioni C., Bassetti C. [et al.] // J Sleep Res. 2017; 26(6): P. 675—700. DOI: 10.1111/jsr.12594.
5. The consensus sleep diary: standardizing prospective sleep self-monitoring / Carney C. E., Buysse D. J., Ancoli-Israel S. [et al.] // Sleep. 2012, 35: 287—302. DOI: 10.5665/sleep.1642.

Надійшла до редакції 10.06.2019 р.

СУХОРУКОВ Віктор Вікторович, кандидат медичних наук, молодший науковий співробітник відділу*; e-mail: vicvicci85@gmail.com

ЗАБРОДИНА Людмила Петрівна, кандидат медичних наук, науковий керівник відділу*; e-mail: inpn_zabrodina@ukr.net

БОВТ Юлія Вікторівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу*; e-mail: inpn_bovt@ukr.net

* відділ медицини сну Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

SUKHORUKOV Viktor, MD, PhD, Junior Researcher of Sleep medicine Department*; e-mail: vicvicci85@gmail.com

ZABRODINA Lyudmila, MD, PhD, the Head of Sleep medicine Department*; inpn_zabrodina@ukr.net

BOVT Yuliya, MD, PhD, Leading Researcher of Sleep medicine Department*; e-mail: inpn_bovt@ukr.net

* Department of State Institution "Institute of Neurology Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kharkiv, Ukraine