Буковинський державний медичний університет

Власова К.В. , Романова С.І.

Коли сон не завершується: первинний сомнобулізм у дорослого крізь призму полісомнографії

Особливість: Специфіка даного випадку полягає в тривалому анамнезі (із 15-річного віку) та прогресуючому перебігу первинного сомнабулізму (F51.3) у дорослому віці із зафіксованими під час полісомнографії (ПСГ) епізодами рухової активності.

Дослідження підтвердило типову парасомнічну архітектуру: раптові епізоди сомнабулізму виникали під час незавершеного пробудження з глибокої (N3) фази повільного сну на тлі значного зниження ефективності сну (68,6%) та фрагментації його макроструктури.

Додатково виявлено супутні тригери пробудження — легке позиційно-залежне обструктивне/центральне апное (ІАГ 1,1) та синдром періодичних рухів кінцівок(Індекс PLM 5,4).

Опис випадку: Пацієнт звернувся зі скаргами на тривалі (з 15 років) епізоди ходіння та говоріння уві сні, частота яких останнім часом зросла.

За даними ПСГ (5 год 30 хв сну):

- ефективність сну знижена (68,6%),
- латентність подовжена.

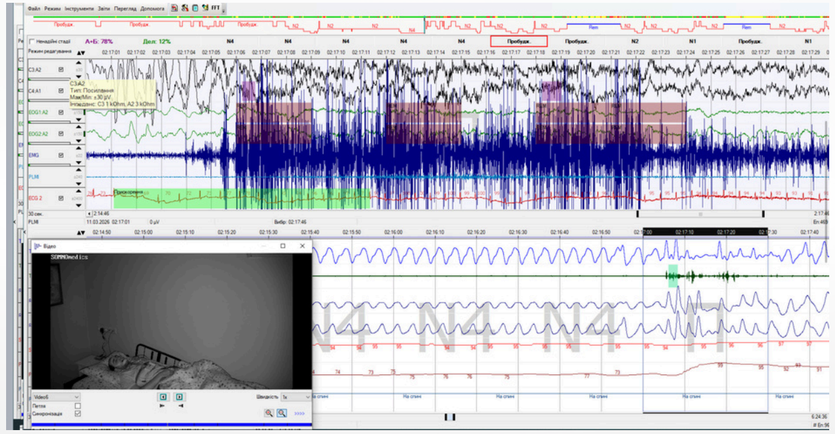
Макроструктура порушена:

- подовжена 1-ша стадія (13,2%),
- глибокі стадії (N3) суттєво фрагментовані (9,8%),
- тривалість REM-сну — 18,2%.

Зареєстровано 3 типові епізоди сомнабулізму при виході з повільнохвильового сну (перший — у 1/3 ночі). Також виявлено 6 епізодів апное (4 обструктивних, 2 центральних, переважно на спині, мінімальна SpO2 93%, епізодичне хропіння 6,8% часу), легку синусову тахікардію (середня ЧСС 71/хв) та 43 періодичні рухи кінцівок. Показники АТ до та після дослідження залишалися в межах норми.

Обговорення: Клінічний перебіг сомнабулізму у дорослих вимагає диференціальної діагностики між первинною парасомнією та вторинними руховими розладами, провокованими фрагментацією сну. **У даного пацієнта виявлено мікропробудження, зумовлені як дихальними порушеннями (позиційне апное), так і синдромом періодичних рухів кінцівок.**

Комплексна терапевтична стратегія передбачає обов'язкові консультації сомнатерапевта та психіатра. **Немедикаментозна корекція** включає позиційну терапію хропіння (підняття головного кінця ліжка), суворий контроль безпеки спального місця, дотримання гігієни сну (оптимізація мікроклімату 18–20°C, відмова від кофеїну, гаджетів та комп'ютерних ігор перед сном), модифікацію раціону (збагачення триптофаном, обмеження солі та жирів), а також дозоване фізичне навантаження і релаксаційні практики для зниження стресу.



Висновки: Даний випадок демонструє важливість верифікації сомнабулізму за допомогою полісомнографії для виявлення прихованих тригерів пробудження (позиційне апное, PLM).

Головним напрямком вирішення проблеми є поєднання поведінкової сомнотерапії, позиційної корекції та створення безпечного середовища для запобігання травматизму.

