



ПОРУШЕННЯ СЛУХУ У ВИГЛЯДІ ГІПЕРСОМНІЇ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.

О.Б.Боженко, М.І.Боженко, Р.Я. Гайовий

ЛНМУ імені Данила Галицького, кафедра
психіатрії та психотерапії ФПДО; кафедра
неврології

АКТУАЛЬНІСТЬ.

Тривалі періоди повітряних тривог, зокрема в нічний час, переживання перманентного стресу в умовах війни, можуть порушувати звичний режим сну у людей, що може впливати на розвиток гіперсомнії як серед військових, так і цивільного населення. Гіперсомнія- це стан надмірної сонливості, визначається як нездатність залишатися пильним під час тривалих епізодів пробудження, що призводить до періодів нестримної потреби уві сні або ненавмисних провалів у сонливість чи сон. До неї відноситься: нарколепсія 1 і 2 типу , ідіопатична гіперсомнія, синдром Клейне-Левіна, гіперсомнія внаслідок медичного або неврологічного розладу, гіперсомнія внаслідок прийому ліків або речовин, гіперсомнія пов'язана з психічними розладами. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, приблизно 4-6% населення страждає від гіперсомнії. Відомо, що гіперсомнія впливає на якість життя та загальний стан здоров'я людини, зменшуючи її працездатність та підвищуючи ризик виникнення аварій.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.

- Жінка 42 років.

Скарги: на періодичні «напади сну» тривалістю 4-години, які характеризується швидким настанням, переважно в першій половині дня, з попереднім відчуттям слабкості сильною сонливістю та бажанням лягти. Вихід зі сну триває близько доби і супроводжується м'язовою слабкістю, відчуттям розбитості, болем у попереку з локалізацією у центрі та помірною оперізуючою іррадіацією по бокам.

АНАМНЕЗ

- З перенесених захворювань тричі отримувала ЧМТ у вигляді «струсу мозку». Шкідливі звички заперечує. Полюбляє пити мелену каву, у середньому 4-6 , інколи 10 чашок американо на добу. За останні 5 років пережила ряд стресових подій. Вперше приступ гіперсомнії відбувся у віці 40-а років, коли раптово почала відчувати, що їй зліпаються очі, що « вона хоче спати», відчувала невагомість та відлуння власної мови у голові. Була викликана бригада ШМД і пацієнтка була доставлена в реанімаційне відділення, де з її слів вона «проспала 3 дні», після чого проснулась розбита, із зниженим артеріальним тиском. З того часу порушення сну у вигляді надмірної сонливості виникали періодично з епізодами 1 раз на місяць, через півроку — 2 рази на місяць

ОБСТЕЖЕННЯ.

- АТ середній – 110/70 мм.рт.ст.; Пульс — 61/хв, ритмічний.
- МРТ головного мозку + безконтрасна МРА: МР-ознаки неспецифічного вогнища правої лобної частки, яке може відповідати астрогліозу. МРА - не замкнуте Вілізієве коло (варіант розвитку).
- ЕЕГ: загальний рівень ЕЕГ низький (плоский, локальної та паркосизмальної патологічної активності не виявлено).
- ЕКГ: ритм синусовий.
- ЕхоКГ: мінімальна мітральна та трикуспідальна недостатність.
- Аналіз спинномозкової рідини — без патологічних змін.
- ЕПД-висновки. В ході обстеження діагностовано пограничний тип організації особистості на ґрунті сангвінічного типу темпераменту. Когнітивні функції не порушені.

ДІАГНОЗ ТА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА

- **Діагноз:** F51.1 Гіперсомнія, пов'язана з іншими ментальними розладами та вживанням психоактивних речовин
- Пацієнтці було запропоновано індивідуальну психотерапію з метою розвитку адаптивних стратегій реагування на стресові ситуації. Крім того було застосовані техніки гігієни сну та встановлення режиму дня, що успішно привели до нормалізації стану та відсутності нападів гіперсомнії в подальшому.

ВИСНОВОК.

- Цей клінічний випадок відображає складність та важливість вивчення та лікування гіперсомнії, особливо в контексті пов'язаних ментальних розладів та факторів ризику, таких як стрес. Ретельний анамнез разом із психотерапевтичним підходом є необхідними для надання належної допомоги із метою покращення якості життя.

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ