

## ИНФОРМИРАНост ОТНОСНО РИСКОВЕТЕ ПРИ СЪННА АПНЕЯ – ЗДРАВНО ОБРАЗОВАНИЕ (ОПИТ НА ФИЛИАЛ ШУМЕН)

Соня Тончева, Марио Милков, Теодора Евтимова, Тодорка Костадинова

Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“ - Варна

### ЦЕЛ

Да се проучи мнението на студенти от специалностите „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ във филиал Шумен относно информираността за идентифициране на рисковите фактори на **синдрома на обструктивната сънна апнея**.

### ПОДЦЕЛ

С оглед на бъдещата си професионална реализация като здравни специалисти студентите да самооценят в личен план рисковите фактори на **синдрома на обструктивната сънна апнея**.

Синдромът на обструктивната сънна апнея (OSAS) през последните години набира все по-голяма популярност във връзка с широкото му разпространение и значимите негативни последици върху здравето на хората в трудоспособна възраст. В световен мащаб това е най-честата форма на нарушено по време на сън дишане при възрастни и деца и е свързана с много други неблагоприятни последици за здравето, включително повишен риск от смърт (2). Известно е, че нелекуваната апнея причинява значителна социално-икономическа тежест в резултат на въздействието ѝ върху трудовата заетост, доходите и увеличеното използване на ресурсите в здравеопазването (3). Обструктивната сънна апнея се определя от проявата на определени клинични симптоми като: дневна сънливост, силно хъркане, прекъсвания на дишането или събуждане, дължащи се на задъхване или задушаване при наличието на пет обструктивни дихателни събития на час сън (4).

**Синдромът на обструктивната сънна апнея (OSAS)** се определя като повтарящи се епизоди на механична обструкция на дишането (апнея и хипопнея) по време на сън, често последвани

от преходна десатурация (хипоксемия). Хъркането, епизодите на диспнея, асфиксия и движенията на тялото водят до фрагментация на съня. Усещането за неефективен сън, изтощението и сънливостта през деня (най-честият клиничен симптом) могат сериозно да влошат качеството на живот на пациентите. OSAS се разглежда като независим рисков фактор за развитие на системна артериална хипертония и сърдечно-съдови инциденти.

**Фактори, благоприятстващи развитието на сънна апнея:**

- наднорменото тегло, често **свързано с метаболически синдром и/или диабет**
- вродени или придобити дефекти на лицето и шията
- менопауза и ендокринни нарушения
- пол - апнеята е **два пъти по-честа при мъжете, отколкото при жените**
- възраст
- системната употреба на алкохол, тютюнопушене.

За здравните специалисти е важно да бъдат информирани, за да могат да разпознават критериите за синдрома на обструктивната сънна апнея, дефинирани от Американската академия по медицина на съня:

- Комбинация от поне пет обструктивни дихателни епизода за час по време на сън (апнея, хипопнея или събуждане поради дихателно усилие).
- Повишена сънливост през деня, за която няма друго обяснение.
- Два или повече от следните симптоми, за които няма друго обяснение: недостиг на въздух по време на сън, рекурентно съ-

буждане от сън, невъзстановяващ сън, дневна умора, нарушена концентрация.

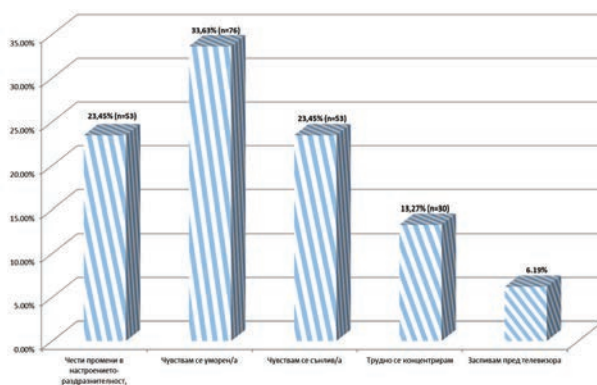
#### Последици от сънната апнея

- **Хроничната умора и дневната сънливост** са основните симптоми на синдрома и основание пациентът да потърси консултация.
- **Неволното заспиване** - увеличава риска от **домашен инцидент** или **пътнотранспортно произшествие**.
- **Трудности в концентрацията или запомнянето, раздразнителност или дори спад на либидото**. Тези симптоми са обратими - изчезват благодарение на лечението на апнеята. Някои проблеми с паметта могат да се задълбочат и е възможно да са свързани с появата на деменция.
- Риск от **сърдечно-съдови инциденти** от типа на **сърдечен арест, инфаркт на миокарда** и **инсулт, хипертония, атеросклероза** или **диабет тип 2**.
- **Неспокоен сън** и повишена нужда от **сън**.

Проучването е проведено през периода февруари-март 2020 г.

Общият брой на анкетираните студенти е 161 във възрастов диапазон от 20 до 40 години, с преглед на групата от 20 до 25 години.

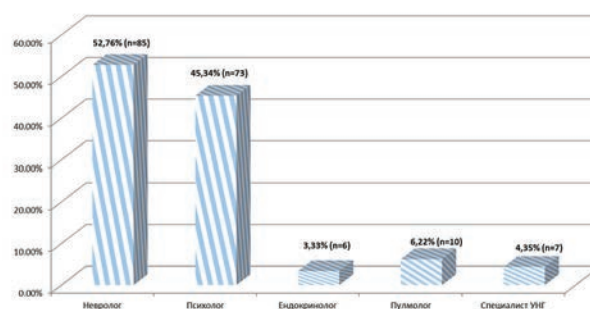
Значителна част от студентите посочват някои от основните критерии за синдрома на обструктивната сънна апнея – състояние на умора (33,6%) сънливост и чести промени в настроението (23,4%), трудна концентрация (13,3%), (Фиг. 1).



Фиг. 1. Критерии за синдрома на обструктивна сънна апнея (студенти)

Не са посочени важни критерии като недостиг на въздух, хъркане и безпричинно събуждане от сън при изказаното мнение относно основните критерии за синдрома на обструктивна сънна апнея.

Беше предоставена възможност бъдещите здравни професионалисти да посочат профила на лекари специалисти, които могат да бъдат част от мултидисциплинарен екип за лечение на СА (Фиг. 2).



Фиг. 2. Мнение на студентите относно мултидисциплинарен екип за лечение на СА

От анкетното проучване могат се направят изводи за информираността на студентите по отношение на екипа от специалисти, занимаващи се с проблема. Най-висок е дялът на респондентите, които считат, че проблемите със съня са в рамките на компетенциите на невролог (52,76%) и психолог (45,34%). Ролята на други специалисти от мултидисциплинарния екип се подценява. Незначителна част от анкетираните осъзнават експертното мнение на пулмолог (6,22%), специалист УНГ (4,35%) и ендокринолог (3,33%) като част от този екип.

Анализът на резултатите както по отношение на критериите, които се свързват със СА, така и относно състава на мултидисциплинарния екип очертава нуждата от преразглеждане на учебните програми по основни клинични дисциплини, които да повишат информираността и да намалят дефицита на познания сред студентите.

Необходимостта се подчертава поради виждането ни, че точно медицинските сестри и акушерките могат да бъдат много полезни при профилактиката и откриването на случаи със ОСА. Академично подготвените здравни професионалисти, като част от мултидисциплинарните екипи, биха могли и да управляват/менажират подобни случаи по алгоритъм (Фиг. 3).

Изхождайки от нашия опит и съществуващото законодателство в Р България, предлагаме собствено разработен алгоритъм, който ще даде възможност за екипен подход при идентифициране на рисковите фактори при **синдрома на обструктивна сънна апнея**. От друга страна, следвайки **алгоритъма, медицинската сестра ще прилага индивидуален подход, ще изгради**

**необходимото доверие и не на последно място в рамките на своите компетенции** ще разработва индивидуален план за преодоляване на рисковите фактори – намаляване на телесното тегло, повишаване на физическата активност, контрол на АХ и др., ще предостави информацията от проследяването на случая и собствените интервенции (здравно възпитание). Алгоритъмът предвижда водене на електронен дневник, чрез който се поддържа контакт с пациента и в случай на повишен риск се осъществява насочване към мултидисциплинарен екип.

се избягват психическите натоварвания преди сън), но и на умората от учебната натовареност и стреса през изпитната сесия.

Преодоляването на стреса при студентите е възможно чрез **повишаване на физическа компетентност и интелигентност** (система от знания и умения на индивида, чрез които той осъзнава и управлява своето физическо състояние, възможности и работоспособност по най-оптималния за него начин).

Нашият опит се изразява в насърчаване на студентите да развиват спортните си умения и да



Фиг. 3. Алгоритъм за идентифициране на рисковите фактори при синдрома на **обструктивна сънна апнея** (дейността на здравен професионалист - медицинска сестра, акушерка)

В проучването студентите са посочили, че притежават в личен план - състояние на умора сънливост и чести промени в настроението, трудна концентрация. Поради отсъствието на рискови фактори при групата от респонденти (пол, възраст, липса на съпътстващи заболявания) това може да се дължи не само на нарушения на хигиената на съня (достатъчна продължителност според възрастта, режим на съня, да

поддържат оптимални стойности на БМТ чрез фитнес упражнения в оборудвани за целта зали във филиал Шумен (сн. 1, 2, 3, 4).

В световен мащаб терапевтичният подход започва да отстъпва място на превантивната здравна стратегия, свързана с профилактика на заболяванията и укрепване на здравето.

Чрез различни форми се провежда здравното образование, което могат да провеждат здрав-





Сн. 1, 2, 3, 4. Спортни занимания във фитнеса на филиал Шумен

ните специалисти, насочено към промяна на начина на живот, като препоръка към пациентите:

- **Понижаване на телесното тегло чрез диетичен режим**
- **Повишаване на физическата активност**
- Адекватно здравно поведение (спиране на тютюнопушенето, намаляване на консумацията на алкохол)
- **Добра хигиена на съня** (поне 8 часа на нощ в определени часове).

### ИЗВОДИ

1. Липсата на акцент върху OSAS в учебните програми за медицинско образование ОКС „Бакалавър“ и в програмите за следдипломно обучение е една от основните причини студентите да не разпознават клиничните симптоми и последиците от нарушенията на съня

- проблем със значение за личното и общественото здраве.

2. По-добрата информираност относно проблемите, свързани със съня, налага в програми на основни клинични дисциплини – нервни болести, вътрешни болести, очни болести, УНГ, анестезиология, психиатрия и др., да бъдат включени теми за OSAS и други нарушения на съня.
3. Професионалистите по здравни грижи могат да допринесат за здравната информираност и повишаване на знанията за съня и неговите нарушения, да предоставят първична грижа при лечението на пациентите с OSAS и да управляват такива случаи.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Al Ghanim N, Comondore VR, Fleetham J, Marra CA, Ayas NT. Икономическото въздействие на обструктивната сънна апнея. Бял дроб. 2008; 186 : 7–12., Albarrak M, Banno K, Sabbagh AA, Delaive K, Walld R, Manfreda J, et al. Използване на здравните ресурси при синдром на обструктивна сънна апнея: 5-годишно последващо проучване при мъже, които използват CPAP. Sleep. 2005; 28 : 1306–1311.
2. Al Lawati NM, Patel SR, Ayas NT. Епидемиология, рискови фактори и последици от обструктивна сънна апнея и кратка продължителност на съня. Prog Cardiovasc Dis. 2009; 51 : 285–293., Caples SM, Garcia-Touchard A, Somers VK. Дишане с нарушено сън и сърдечно-съдов риск. Sleep. 2007; 30 : 291–303, Young T, Finn L, Peppard PE, et al. Дишане и смъртност при нарушен сън: осемнадесетгодишно проследяване на кохортата на съня в Уисконсин. Sleep. 2008; 31: 1071–1078.
3. Mannarino MR, Di Filippo F, Pirro M. Обструктивна сънна апнея. Eur J Intern Med. 2012; 23 : 586–93.
4. Peppard PE, Young T, Palta M, Skatrud J. Проспективно проучване на връзката между дишането, нарушено със съня, и хипертонията. N Engl J Med. 2000; 342 : 1378–84.
5. Reuveni H, Tarasiuk A, Wainstock T, Ziv A, Elhayany A, Tal A. Ниво на осведоменост за синдрома на обструктивна сънна апнея по време на рутинни неструктурирани интервюта на стандартизиран пациент от лекари от първичната медицинска помощ. Sleep. 2004; 27 : 1518–25.
6. Mahendran R, Subramaniam M, Chan YH. Поведение, нагласи и познания на медицината на съня на студентите по медицина. Сингапур Med J. 2004;45:587–9.
7. Kovacic Z, Marendiæ M, Soljiæ M, Pecotia R, Kardum G, Dogas Z. Знания и отношение по медицина на съня на студенти и лекари в Сплит, Хърватска. Croat Med J. 2002; 43 : 71–4.
8. Papp KK, Strohl KP. Ефектите от интервенция за обучение на студенти по медицина за обструктивна сънна апнея. Сън Мед. 2005; 6 : 71–3.
9. Strohl KP, Veasey S, Harding S, Skatrud J, Berger HA, Papp KK и др. Цели, основани на компетенции за сън и хронобиология в бакалавърското медицинско образование. Sleep. 2003; 26 : 333–6.
10. Lee KA, Landis C, Chasens ER, Dowling G, Merritt S, Parker KP, et al. Сън и хронобиология: Препоръки за образованието на сестрите. Nurs Outlook. 2004; 52 : 126–33.

**Адрес за кореспонденция:**  
Проф. д-р Соня Тончева, д.оз.н.  
Медицински университет - Варна,  
Филиал Шумен  
e-mail: toncheva2960@abv.bg