**Патологии сна**

Бессоница (расстройство сна, инсомния) – это расстройство сна, которое характеризуется недостаточной продолжительностью или неудовлетворительным качеством сна, либо сочетанием этих явлений, на протяжении значительного периода времени. При этом абсолютная продолжительность (количество часов) сна не имеет решающего значения, так как у разных людей нормальная, достаточная длительность сна может сильно отличаться.

Общими классификационными признаками, необходимыми для диагноза, являются:

1. жалобы на плохое засыпание и / или на плохое качество сна;
2. нарушения сна отмечаются не меньше 3 раз в неделю в течение месяца;
3. обеспокоенность бессонницей и её последствиями (ночью и в течение дня);
4. тяжёлое недомогание либо нарушение социального и профессионального функционирования, вызванное неудовлетворительной продолжительностью и / или качеством сна.

Причины бессонницы:

1. неблагоприятная обстановка, в которой человек ложится спать, например шум, жара / холод, слишком жесткая или слишком мягкая кровать;
2. смена образа жизни, например, путешествия, переезд на новую квартиру;
3. стрессовые ситуации дома и на работе;
4. заболевания, приводящие к болевому синдрому, затруднению дыхания или частым позывам к мочеиспусканию;
5. беспокойство / депрессия.

Храп – специфический процесс, сопровождающий дыхание человека или животного во сне, и выраженный отчетливым низкочастотным, дребезжащим звуком и вибрацией.

Итальянские ученые пришли к выводу, что хронический ночной храп приводит к деструктивным изменениям в мозгу, уменьшая количество серого вещества и значительно снижая умственные способности.

Такое открытие сделали сотрудники университета Сан-Рафаэля (Милан, Италия). Они сравнили людей, страдающих от хронического храпа, с контрольной группой, не имеющих таких проблем. Результаты данного исследования были опубликованы в журнале American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.

В ходе исследования изучались как анатомическое строение мозга испытуемых, так и их умственные способности, в частности память, внимание, абстрактное мышление. В итоге у храпунов выявили значительный недостаток серого вещества, особенно в тех областях мозга, которые отвечают за абстрактное мышление и решение различных задач.

Тесты на интеллект также подтвердили, что у испытуемых, страдающих от храпа, умственные способности были хуже, нежели у здоровых участников эксперимента.

Ученые нашли способ помочь людям с такими проблемами. Недостаток серого вещества возмещается с помощью специальной дыхательной терапии, что было подтверждено в ходе экспериментов. Исследователи обещают в дальнейшем активнее заняться проблемой восстановления мозга храпунов.

Отмечено, что храп нередко сопровождается апноэ, и лица, имеющие проблемы с храпом, имеют несколько повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Сильный храп может достигать громкости 112 дБ.Однако, храпящий обычно не слышит собственного храпа. Храп обычно мешает спящему рядом соседу, который на протяжении времени засыпания и в течение ночи мучается от звуков храпа. Как следствие, сосед храпящего утром чувствует себя не выспавшимся, утомленным, раздражительным.

Летаргия (греч. lethe – забвение, + argia – бездействие) – болезненное состояние, похожее на сон и характеризующееся неподвижностью, отсутствием реакций на внешнее раздражение и резким снижением интенсивности всех внешних признаков жизни (т. н. «малая жизнь», «мнимая смерть»). Наблюдается также в гипнотическом состоянии. Причины возникновения точно не обнаружены, из-за редчайших случаев проявления. Продолжительность летаргического сна от нескольких часов до нескольких дней и даже недель, а в редких случаях – и месяцев. Отмечены отдельные случаи многолетнего сна, но только с сохранением возможности приема пищи и отправления естественных надобностей. В тяжелых, очень редких случаях, встречается картина мнимой смерти: кожа холодная и бледная, зрачки не реагируют, дыхание и пульс трудно обнаружить, сильные болевые раздражители не вызывают реакции. Захоронение заживо таких лиц невозможно, так как обычно человека хоронят на третьи сутки. К этому же времени четко должны проявиться (при смерти) трупные признаки. Опасности для жизни летаргия не представляет.

Причины летаргии медициной окончательно не установлены, и потому о количестве погребенных заживо можно судить лишь по числу случаев, ставших достоянием гласности. Но самым древним источником относительно летаргического сна и заживо погребенных являются Ветхий и Новый Заветы, где есть примеры воскрешений умерших. А это не что иное, как пробуждение после летаргического сна, или реанимация при клинической смерти.

Судя по количеству самых разнообразных свидетельств, пик погребения заживо приходится на XVIII век, позже свидетельств становится гораздо меньше.

Впасть в летаргический сон люди всегда боялись, потому что, как уже говорилось, существовала опасность быть погребенным заживо. Например, знаменитый итальянский поэт Франческа Петрарка, живший в XIV веке, в возрасте 40 лет тяжело заболел. Однажды он потерял сознание, его сочли умершим и собирались похоронить. К счастью, закон того времени запрещал хоронить покойников раньше, чем через сутки после кончины. Очнувшись уже практически у своей могилы, Петрарка сказал, что чувствует себя превосходно. После этого он прожил еще 30 лет и написал многие из своих лучших сонетов.

Знаменитые английские писатели Уилки Коллинз и Герберт Уэллс очень боялись летаргического сна. Первый даже оставлял возле постели на ночь записку с перечнем предосторожностей, которые следует предпринять, прежде чем признать его мертвым. Второй написал фантастический рассказ «Когда спящий проснется», герой которого засыпает летаргическим сном и просыпается в недалеком будущем. К счастью, ни Коллинз, ни Уэллс в летаргический сон не впали, а умерли своей естественной смертью.

Хорошо известны опасения Николая Гоголя быть похороненным заживо. Окончательный психический надлом произошел у писателя после того, как скончалась женщина, которую он бесконечно любил, – Екатерина Хомякова, жена его друга. Ее смерть потрясла Гоголя. Вскоре он сжег рукопись второй части «Мертвых душ» и слег в постель. Врачи посоветовали ему отлежаться, однако организм писателя защитил его слишком хорошо: он заснул крепким спасительным сном, который в то время приняли за смерть. В 1931 году большевики решили по плану благоустройства Москвы уничтожить кладбище Данилова монастыря, на котором был похоронен Гоголь. Однако во время эксгумации присутствующие с ужасом обнаружили, что череп великого писателя повернут набок… Впрочем, в то время и в России, и в Европе о летаргии мало кто знал. Поэтому Гели кто-то впадал в нее, беднягу просто заживо хоронили. Перенос старых европейских кладбищ, при котором делается выборочная проверка гробов, обнаружила, что четверть всех мертвецов, которые были похоронены, вновь затем оживали. По положению тел в гробах ясно, что «покойники» вскоре после похорон безуспешно пытались выбраться из могилы…

В 1838 году газета «Санди Тайме» сообщила о невероятном случае, произошедшем в одной из деревень. Как только в могилу опустили гроб с покойником и начали его закапывать, из гроба донесся какой-то неясный звук. Пока напуганные кладбищенские рабочие пришли в себя, вырыли гроб и вскрыли его, было уже поздно: под крышкой они увидели застывшее в ужасе и отчаянии лицо. А разорванный саван и руки в ссадинах показали, что помощь пришла слишком поздно. Подобные же случаи были зарегистрированы и в других странах. Например, в Германии в 1773 году после доносящихся из могилы криков была эксгумирована беременная женщина, похороненная накануне. Свидетели обнаружили жестокую борьбу за жизнь: нервное потрясение похороненной заживо спровоцировало преждевременные роды, и ребенок задохнулся в гробу вместе с матерью.

Кстати, в Англии до сих пор существует закон, по которому во всех холодильниках моргов должен быть колокол с веревкой, чтобы оживший «покойник» смог колокольным звоном позвать на помощь. В Словакии же пошли еще дальше: там в могилу с покойником кладут мобильный телефон. Эта мода связана с многочисленными случаями, имевшими место в последнее время, когда хоронили живых, впавших в летаргию или тяжелую кому.

Вообще же по мере того, как летаргия стала приобретать известность, в разных странах возникли специальные общества. Первое появилось в Голландии в 1767 году и только за 25 лет с момента создания спасло от погребения заживо почти тысячу «покойников»! Впрочем, статистика погребенных заживо не велась никогда. О них мы узнаем лишь из древних хроник, газетных публикаций и специальных медицинских журналов. Например, известный физиолог И. Павлов описывал одного своего пациента, который проспал 20 лет – с 1898 по 1918 год! Или вот еще случай: Владимир М. уснул в 1976-м, а проснулся в июне 1996-го. Пробуждение было тяжелым: у него не осталось ни друзей, ни знакомых, он не сделал карьеры и не завел семьи.

Один из самых фантастических случаев зарегистрирован у Надежды Лебедевой из Днепропетровской области, которая заснула после ссоры с мужем в 1954 году, а проснулась лишь спустя 20 лет. При этом никаких заболеваний у нее врачи не обнаружили.

А вот для норвежки Августины Лег-Ж4 гард «стартом» для летаргии стали роды. Вскоре после появления ребенка на свет она заснула и проснулась лишь через 22 года! Иногда люди выходят из этого состояния под влиянием реальной угрозы для жизни. Например, во время Великой Отечественной войны, как только начиналась бомбежка, спящие летаргическим сном вдруг вставали, начинали разговаривать. А когда опасность миновала, вновь засыпали. Кстати, люди, спавшие летаргическим сном годами, проснувшись, ведут себя по-детски, не соответственно своему возрасту. Скорее всего это происходит из-за нарушения психики во время летаргии.

Недавно английские ученые выделили вирус ВИЛ – инфекционной летаргии. Правда, человек может быть его носителем, но не заболеть. Передается он только через кровь. Признаками наличия подобного вируса могут также быть повышенная сонливость или, наоборот, бессонница, легкое недомогание, повышенная потливость, сердцебиение. Когда болезнь переходит в хроническую форму, это проходит. Впрочем, эти признаки совсем не означают, что вы можете заснуть летаргическим сном. Человеческая психика, как известно, непредсказуема…

Экономо-летаргический энцефалит. Первое описание болезни относится к 1673–1675 гг. В ХХ же веке, во время первой мировой войны, 1915 год, во французской армии. Пути распространения науке точно не известны. Наука более склоняется к вирусному поражению, но сам вирус не найден. Симптомы – лихорадка, сонливость, глазодвигательные нарушения, наличие бреда при высоких температурах и т.д., до серьезной поврежденности центральной нервной системы. Высокая температура держится до 14 дней и более. Больше болеют зимой, жители городов же в 5–6 раз больше подвержены такой болезни. Сонливость преобладает у большей половины больных. Неблагоприятный исход приводит к различным психическим нарушениям.

Сомнамбулизм (лат. somnus – сон, + ambulare – ходить). Синонимы – снохождение, лунатизм (позднелат. lunaticus – безумный от лат. luna – луна). Лунатизм – устаревшее название сомнамбулизма. Термин взят из древнего представления влияния лунного света на психику. Но спутник Земли, как известно, не светит, «его» свет – это есть отраженные лучи (свет) Солнца. Кстати даже можно загорать от такого света, правда эффект слабый. У нас больше всего преобладает типичное понятие этого явления, какое оно было в древности. Из источников тех времен можно узнать, что, к примеру, философ Теон бродил во сне взад и вперёд, а его слуга Перикла ходил даже по гребню крыши. При сомнамбулизме – больной садится в постели, встает, ходит по комнате, совершает те или иные привычные, достаточно координированные, действия, затем ложится спать. При этом часто глаза открыты, взгляд не фиксирован. Речевой контакт невозможен, только в отдельных случаях можно добиться выполнения им несложных распоряжений. Свойственен детскому возрасту, в связи с переживанием дня. Действия причем могут быть связаны с содержанием сновидений. нередко возможен частичный контакт с ребенком. При эпилепсии происходят непроизвольные мочеиспускания, контакт невозможен. Лечение направлено на нормализацию сна, убирание переживаний (дети), лечение болезни (эпилепсия).

Сонная болезнь (morbus dormitivus). Симптомы – лихорадка, высыпания на коже, увеличение лимфатических желез, нарастающая сонливость. Об эпидемии сонной болезни писалось в арабских рукописях 14 века. Она определяется ареалом распространения мухи «це-це». Мухи нападают днем, но возможности заражения их вирусом «трипаносом» – 1%. На месте укуса через 5 дней возникает волдырь и начинается развитие болезни. Без лечения сонная болезнь заканчивается летально. Смерть наступает в коматозном состоянии через несколько дней, недель.

Гипноз (греч. hypnos – сон), устаревшее название магнетизм, гипнотизм. Гипноз – это искусственное, с помощью внушения вызванное, особое состояние человека для повышения восприимчивости к психологическому воздействию и понижения чувствительности ко всем другим влияниям. Отличительная черта гипноза – строгая, не свойственная ни сну, ни бодрствованию избирательность усвоения и переработки информации. Три стадии гипноза:

1) сонливость с легким психологическим расслаблением и мышечным расслаблением;

2) феномен восковой гибкости суставов и мышц;

3) это состояние сомнамбулизма в прямом смысле, только гипнотизируемый управляется гипнотизером.

Гипноз проводит врач (дипломированный). Во избежание причинения вреда не рекомендуется проводить в развлекательных целях. Очень опасен гипноз в религиозных сектах. Лечат нарушение сна, половой функции, головной боли (хроническая форма), фобические состояния (мнительность о несуществующей болезни или же мнительность о летальности болезни). Также способствует устранению таких кожных болезней как крапивница, экзема, псориаз. Не применяют к людям с бредом гипнотического воздействия, а также при гипномании (привыкание к гипнозу). Большой вред приносит гипноз, осуществляемый лицами без соответствующего образования (шарлатанами). Что приводит к нарушению психики, хотя вначале (после сеанса) такое нарушение скрыто.

Основные причины плохого сна у детей:

1. Физиологические особенности сна ребенка

2. Эмоциональные перегрузки

3. Соматические проблемы

Лечение сном

Благотворное влияние сна, особенно на нервную систему, эмпирически было установлено давно. Как метод лечения сон начал применяться с конца 19 и начала 20 в.

Поскольку метод лечения не имел научного обоснования, терапия сном была очень несовершенной, с лечебными целями вызывался длительный наркотический сон. В 1934 г. была предложена наркотическая смесь Клоэтта. При применении этой смеси, по данным А.Г. Иванова-Смоленского, только в течение первых полутора-двух, самое большее трех суток удавалось вызвать наркотический сон, а затем наступало состояние наркоза, сходное с коматозным состоянием. Метод беспрерывного сна в течение 10 суток в результате применения препарата Клоэтта давал тяжелые осложнения даже смертельные исходы. Это определило отказ от применения смеси Клоэтта с лечебной целью. Длительный наркоз широко применялся за рубежом при лечении шизофрении. Высокая токсичность наркотических средств ограничила их применение и распространение. Непрерывный сон был заменен прерывистым с небольшими перерывами в течение каждых суток (В.П. Протопопов).

После клинического изучения различных вариантов терапии сном стали применять условно-рефлекторный сон, наиболее близкий к физиологическому сну. При этой методике сон по существу удлиняется до 15–16 часов в сутки и углубляется обычный физиологический сон.

Научной основой терапии сном явилось учение И.П. Павлова об охранительной и целебной роли торможения.

Физиологический сон – разлитое торможение – является охранительным фактором для центральной нервной системы. Защитное значение торможения заключается в том, что нервные клетки мозга, находясь в состоянии торможения, не воспринимают раздражении, идущих из внешней среды, и теряют способность реагировать на интерорецептивные влияния, идущие из других органов.

Усиление охранительного торможения углублением и удлинением физиологического сна нормализует функциональное состояние коры головного мозга и восстанавливает нарушенные взаимоотношения коры головного мозга с нижележащими отделами центральной нервной системы. Для более быстрого наступления и углубления сна рекомендуется медикаментозный сон сопровождать нерезкими, ритмичными звуковыми пли световыми раздражениями. Длительное, однообразное раздражение может быть одним из факторов, вызывающих охранительное торможение.

Отрицательные свойства длительного медикаментозного сна привели к разработке новой методики лечения сном, при которой сон приблизился к физиологическому. Длительный медикаментозный сон стал заменяться удлиненным и, наконец, условно-рефлекторным сном, позволившим значительно уменьшить дозу снотворных; такой сон по существу является пролонгированным физиологическим сном.

Следующей разновидностью лечения сном был так называемый электросон, предложенный В.А. Гиляровским. Метод основан на воздействии на нервную систему импульсного тока с определенной частотой колебаний при слабой силе тока. Электросон оказался эффективным для вызывания физиологического сна или состояния, близкого к нему.

Наиболее близким к естественному сну является условно рефлекторный сон, который как наиболее физиологический стал применяться вместо всех остальных методов лечения сном. Для вызывания условно рефлекторного сна в течение первых пяти дней применяются наркотики в сочетании с физиотерапевтическими процедурами – электросном, диатермией, УВЧ-терапией. После этого с шестого дня наркотики заменяются индифферентными порошками, которые даются в те же часы, что и наркотики. После 8–10-й физиотерапевтической процедуры, если больной спал, физиотерапевтические процедуры заменяются мнимым сеансом, т.е. больной по существу ничего не получает. При условно рефлекторном сне больные в большинстве случаев спят, как при физиологическом, но удлиненном сне.

Давая оценку различным методам лечения сном, надо учитывать, что терапевтический эффект при этом лечении обусловлен углублением и удлинением процесса торможения, который лучше вызывается более близким к физиологическому – условно рефлекторным сном и электросном. Поскольку лечение сном является углублением охранительного торможения центральной нервной системы, которое достигается комплексом мероприятий, для проведения этого вида терапии необходимо создание всех условий для спокойного, глубокого и продолжительного сна (лучше всего в специальном отделении). В отделении, где проводится лечение сном, должен работать специально подготовленный и постоянный медицинский персонал.

Эффективность лечения сном зависит от характера нервной реакции коры головного мозга. Основным фактором, определяющим успех лечения сном, является углубление процесса торможения, которое выражено у всех больных неодинаково. В зависимости от динамики соотношения процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга можно выделить 4 типа нервных реакций на лечение сном (Л.А. Варшамов и Л.И. Фишер):

1) соотношение процессов возбуждения и торможения в течение течения изменяются в сторону углубления процесса торможения. После лечения происходит нормализация соотношений основных нервных процессов;

2) имеющееся изменение соотношений процессов возбуждения и торможения поддерживается в течение лечения сном. После лечения наступала нормализация соотношений процессов возбуждения и торможения;

3) соотношения процессов возбуждения и торможения не меняются на протяжении лечения и всего срока наблюдения;

4) в процессе лечения сном происходит не углубление процесса торможения, а повышение возбудимости коры головного мозга – парадоксальная реакция на лечение сном.

Выраженный лечебный эффект от лечения сном достигается у больных с 1 и 2 типом нервных реакций. При 3 типе нервных реакций в период лечения динамики процесса торможения не происходит, хотя у ряда больных этой группы лечение сном дает заметные улучшения; возможно, что нормализация основных нервных процессов вследствие глубокого торможения наступает позже. У больных с 4 типом нервных реакций лечебный эффект не наступает. Динамику основных нервных процессов под влиянием лечения сном можно поставить в зависимость от разного исходного функционального состояния коры головного мозга, что имеет определенное значение при выработке показаний для лечения сном.

Лечение сном раньше применялось при состоянии длительного возбуждения. Учение И.П. Павлова о защитной роли торможения значительно изменило показания для этой терапии. Лечение сном показано главным образом больным с выраженной наклонностью к торможению и не показано лицам, у которых высшая нервная деятельность характеризуется значительным преобладанием процесса возбуждения. Лечение сном, направленное на укрепление тонуса коры головного мозга, может применяться и при органических заболеваниях центральной нервной системы. При этом необходимо учитывать особенности нарушения высшей нервной деятельности (А.И. Александрова и Э.С. Прохорова). После окончания лечения сном для более быстрого приведения больных в состояние бодрости рекомендуется назначать лечебную физкультуру на 5 дней.

Противопоказанием для проведения лечения длительным сном являются: выраженный атеросклероз мозговых и коронарных сосудов, выраженная коронарная недостаточность, инфаркт миокарда, кровоизлияние в мозг, недостаточность кровообращения, активная форма туберкулеза.

**Список литературы**

1. Веселин Денков, «На грани жизни», М.: «Знание», 1988.
2. Вейн А.М., Хехт К. Сон человека, физиология и патология. М., 1989
3. Каппони В., Нова Т. Сам себе психолог изд. «Питер Пресс», 2-е издание, Санкт-Петербург, 1996.
4. Ананьев Б.Г. «Психология чувственного познания», М.: Наука, 2001 г.