***Оглавление:***

#### Сон. Фазы сна 3стр.

***Нарушения сна 9 стр.***

***Бессонница 9стр.***

### Летаргия 10стр.

***Нарколепсия 11стр.***

***Пикквикский синдром***

***(синдром «Наказание Ондины») 12стр.***

#### Сон. Фазы сна

*Сон и бодрствование являются функциональными основными состояниями, в которых происходит жизнь человека. Эти функциональные состояния, хотя и противоположны, но тесно взаимосвязаны и рассматривать их следует в едином цикле «сон – бодрствование». Каждый вечер, когда мы засыпаем, наше сознание выключается на несколько часов. Мы перестаем воспринимать все происходящее вокруг. Здоровые люди воспринимают сон как обычное явление, и поэтому редко задумываются над его значением и природой. Но, когда сон нарушается, это причиняет нам много неприятностей. В последнее время интерес к проблеме сна значительно возрос. В наше быстротечное время с его информационными перегрузками и экологическими влияниями значительно возросло количество людей, страдающих бессонницей. Сколько и нужно ли вообще спать человеку? Чем вызван сон, какова его роль в организме? Эти и другие вопросы стали предметом изучения физиологии сна. Еще в XVI столетии известный врач Парацельс придерживался того мнения, что естественный сон должен продолжаться 8 часов. Он снимает усталость и дает бодрость человеку. Парацельс не советовал спать ни очень много, ни очень мало, а следовать солнечному циклу, то есть ложиться спать с заходом солнца и вставать с рассветом.*

*Сон (somnus) – функциональное состояние мозга и всего организма человека и животных, имеющее отличные от бодрствования специфические качественные особенности деятельности центральной нервной системы и соматической сферы, характеризующиеся торможением активного взаимодействия организма с окружающей средой и неполным прекращением (у человека) сознаваемой психической деятельности.*

*Изучение проблемы сна имеет значительно длительную историю, но сведения по этому вопросу были впервые обобщены лишь в 1896г. М. М. Манасеинной. Первые клинико-морфологические исследования роли поражения отдельных областей мозга в происхождении патологической сонливости принадлежат французскому исследователю Гайе (1875) и австрийскому врачу Маутнеру (1890). Большой вклад в физиологию и патологию состояний бодрствования и сна внес К. Экономо, показавший в 1926г. на примере летаргического сна при эпидермическом энцефалите значение мезенцефально-гипоталамических структур в поддержании состояний бодрствования и сна. Позднее, в 30-40-х гг. 20в., в экспериментах на животных было подтверждено важное значение структур мезенцефально-гипоталамического стыка в обеспечении бодрствования и преоптической зоны гипоталамуса – в генезе сна.*

*Принципиально новым результатом исследований в области проблемы сна явились работы И. П. Павлова и его сотрудников. В соответствии со своим учением о высшей нервной деятельности И. П. Павлов рассматривал сон как разлитое корковое торможение, считая, что внутреннее торможение и сон по физико-химической основе представляют собой один и тот же процесс.*

*В 1944г. швейцарский физиолог В. Хесс обнаружил, что электрическое раздражение зрительных бугров вызвало у экспериментальных животных «поведенческий сон», не отличающийся по внешним проявлениям от естественного сна.*

*Следующий этап развития представлений о механизме сна связан с анализом роли ретикулярной формации ствола в механизмах деятельности мозга. В исследованиях Дж. Моруцци и Х. Мегуна (1949) было обнаружено важнейшее значение восходящих активирующих влияний ретикулярной формации ствола мозга и гипоталамуса на вышележащие отделы в поддержании бодрствования. Сон при этом рассматривался как следствие временной блокады активирующих восходящих влияний с одновременным «включением» таламокортикальных синхронизирующих процессов. Несколько позднее была доказана роль каудальных отделов мозгового ствола в возникновении сна. Эти исследования положили начало развитий представлений об активной природе сна, что затем было подтверждено в опытах на животных, а позднее на человеке.*

*В 1953г. американские физиологи Азеринский и Клейтмен открыли так называемую фазу быстрого сна, показав тем самым, что сон является сложным и неоднородным состоянием.*

*Выделяют две фазы сна – медленного (ФМС) и быстрого сна (ФБС); Иногда фазу быстрого сна называют парадоксальным сном. Эти названия обусловлены особенностями ритмики электроэнцефалограммы (ЭЭГ) во время сна – медленной активностью в ФМС и более быстрой в ФБС.*

*ФМС разделяется на 4 стадии, отличающиеся биоэлектрическими (электроэнцефалографическими) характеристиками и порогами пробуждения, являющимися объективными показателями глубины сна. Первая стадия (дремота) характеризуется отсутствием на ЭЭГ альфа-ритма, являющегося характерным признаком бодрствования здорового человека, со снижением амплитуды и появлением низкоамплитудной медленной активности с частотой 3-7 в 1сек. (тета - и дельта-ритмы). Могут регистрироваться ритмы и с более высокой частотой. На электроокулограмме возникают изменения биопотенциала, отражающие медленные движения глаз. Вторая стадия (сон средней глубины) характеризуется ритмом «сонных веретен» с частотой 13-16 в 1 сек., то есть отдельные колебания биопотенциалов группируются в пачки, напоминающие форму веретена. В этой же стадии из фоновой активности четко выделяются 2 – 3-фазных высокоамплитудных потенциала, носящих название К-комплексов, нередко связанных с «сонными веретенами». К-комплексы регистрируются затем во всех стадиях ФМС. Амплитуда фоновой ритмики ЭЭГ при этом растет, а частота ее уменьшается по сравнению с первой стадией. Для третьей стадии характерно появление на ЭЭГ медленной ритмики в дельта-диапазоне (то есть с частотой до 2 в 1 сек. и амплитудой 50-75 мкв и выше). При этом продолжают достаточно часто возникать «сонные веретена». Четвертая стадия (поведенчески наиболее глубокий сон) характеризуется доминированием на ЭЭГ высокоамплитудного медленного дельта-ритма.*

*Третья и четвертая стадии ФМС составляют так называемый дельта-сон.*

*ФБС отличается низкоамплитудной ритмикой ЭЭГ, а по частотному диапазону наличием как медленных, так и более высокочастотных ритмов (альфа - и бета-ритмов). Характерными признаками этой фазы сна являются и так называемые пилообразные разряды с частотой 4-6 в 1 сек., быстрые движения глаз на электроокулограмме, в связи с чем эту фазу часто называют сном с быстрым движением глаз, а также резкое снижение амплитуды электромиограммы или полное падение тонуса мышц диафрагмы рта и шейных мышц.*

*Сон человека и животных циклически организован. У человека длительность одного цикла сна составляет в среднем 1,5-2 часа (за ночь наблюдается от 3 до 5 циклов). Каждый из циклов состоит из отдельных стадий ФМС и ФБС. Первое появление ФБС происходит через 1-1,5 часа после засыпания вслед за стадиями ФМС. Дельта-сон характерен для первых двух циклов сна, длительность же ФБС максимальна на протяжении III и IV циклов (обычно это ранние утренние часы). В среднем у человека в молодом и среднем возрасте ФМС составляет 75-80% деятельности всего сна, при этом первая стадия – около 10%, вторая стадия – 45-50% и дельта-сон – около 20%. ФБС занимает соответственно 20-25% длительности сна. Эти значения значительно отличаются от аналогичных показателей у новорожденных детей, а также в пожилом и старческом возрасте.*

*Во время разных фаз и стадий сна происходят существенные перестройки в деятельности мозга в целом, его отдельных функциональных систем и висцеральных, эндокринных функций. Исследование деятельности отдельных нейронов во время ФМС показало, что средняя частота импульсации в большинстве структур мозга уменьшается, хотя в некоторых из них, активно обеспечивающих наступление и протекание сна, она увеличивается по сравнению с состоянием бодрствования. Изменяется не только частота, но и сам характер нейронной активности. В зрительных буграх и коре мозга взамен постоянной импульсации в состоянии бодрствования во время ФМС импульсы генерируются сериями с последующим периодом молчания (импульсация типа пачка – пауза). Во время ФБС активность нейронов большинства отделов мозга усиливается, достигая уровня бодрствования или даже превосходя ее. Ритм типа пачка – пауза вновь сменяется более постоянной нейронной активностью. Изменяется и возбудимость нейронов; в ФМС по сравнению с бодрствованием она уменьшается и еще более снижается в ФБС.*

*Для ФБС характерно возникновение своеобразного электрофизиологического феномена – понтогеникулоокципитальных спайков (циклов), то есть спайков, возникающих в варолиевом мосту и распространяющихся затем в коленчатые тела и зрительную кору головного мозга, где представлен зрительный анализатор. По времени они связаны с появлением быстрых движений глаз.*

В период сна происходит существенное уменьшение активности двигательной системы, что обусловлено активным торможением, исходящим из ствола мозга. Выраженность спинальных и бульбарных моносимпатических и полисинаптических двигательных рефлексов снижается в ФМС и еще более в ФБС. Эти изменения, обусловленные пресинаптическим и постсинаптическим торможением деятельности гамма - и альфа-мотонейронов, приводят к снижению мышечного тонуса в ФМС и его резкому подавлению в мышцах головы и шеи на протяжении ФБС.

*Несмотря на общее снижение двигательной активности, во время сна отмечается наличие различных движений – от мелких (в виде подергиваний мышц лица, туловища и конечностей, возникающих при засыпании и учащающихся в период ФБС) до более массивных (в форме перемены позы в постели), наблюдающихся во всех стадиях сна и часто предваряющих смену стадий.*

*Для сна характерно существенное изменение состояния вегетативно-висцеральной сферы организма. Мозговой кровоток в ФМС существенно не изменяется по сравнению с бодрствованием, а лишь усиливается в некоторых структурах. В ФБС он значительно увеличивается, превосходя показатели спокойного бодрствования, и одновременно повышается температура мозга. Эти данные, как и характеристики нейронной активности, указывают на высокую функциональную активность мозга во время сна.*

Принятая раньше формула «сон – царство варгуса» оказалась верной лишь отчасти. При засыпании и во время первых стадий ФМС действительно снижается артериальное давление, уменьшается частота сердечных сокращений и урежается дыхание. При этом могут быть и физиологические аритмии пульса и дыхания. В более глубоких стадиях ФМС частота сердечных сокращений и дыхания несколько повышается, что, возможно, носит компенсаторный характер и необходимо для поддержания оптимального уровня системного кровотока и легочной вентиляции в связи со снижением артериального давления и уменьшением глубины дыхания. В ФБС показатели деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем резко усиливаются. При этом наряду с повышением артериального давления, частоты сердечных сокращений и дыхания отмечается их большая динамичность, проявляющаяся заметными аритмиями пульса, дыхания.

Фазовые изменения вегетативных функций часто связаны во времени с появлением быстрых движений глаз в ФБС и К-комплексов или активных движений тела в ФМС.

Параллельно с характерными изменениями на ЭЭГ сон сопровождается своеобразной динамикой другого вегетативного показателя – кожно-гальванической реакции, которая, уменьшаясь при засыпании, вновь усиливается в глубоких стадиях ФМС и опять заметно тормозится в ФБС. Во время сна также наблюдается определенная динамика величин электрокожного сопротивления, потоотделения, кожной температуры. Характерным вегетативным феноменом ФБС является эрекция полового члена у мужчин и клитора у женщин, наблюдающаяся в этой фазе сна как у младенцев, так и у пожилых.

*В период сна происходят существенные изменения в деятельности эндокринной системы. Следует учитывать, что, например, уменьшение АКГТ (ангренокортикотропный гормон) и кортизола в вечерние часы и в начале ночи, а также и изменения в некоторых других показателях деятельности эндокринной системы связаны непосредственно с циркадианным ритмом, а не с механизмами сна.*

*Динамика секреции других гормонов (соматотропный гормон и пролактин) имеют большую связь со сном. Пик суточной секреции соматотропного гормона приходится на период дельта-стадий ФМС в первом цикле сна. Приблизительно в этот же период наблюдается и один из видов секреции пролактина, последний из которых приходится на ранние утренние часы.*

*Психическая деятельность в отдельных стадиях и фазах сна также имеет свою специфику. Для стадии дремоты характерны своеобразные зрительные образы (гипнагогические грезы). При пробуждении людей из более глубоких стадий ФМС нередко можно получить отчеты о мыслеподобной психической деятельности, иногда о расплывчатых зрительных образах, не обладающих той яркостью, эмоциональностью, которые характерны для типичных сновидений, возникающих в ФБС.*

*Несмотря на то, что предложение о наличии так называемых центров сна не подтвердилось, известен целый ряд образований головного мозга, активная деятельность которых обеспечивает возникновение и протекание сна как физиологического процесса. В области продолговатого мозга и варолиевого моста расположены группы клеток, деятельность которых вызывает поведенческий сон и возникновение соответствующей биоэлектрической активности на ЭЭГ. Активность этой зоны тормозит деятельность ретикулярной формации среднего мозга, обеспечивающей состояние бодрствования. Другим важным звеном синхронизирующей системы мозга является преоптическая область гипоталамуса. Она функционирует синергично с бульбарной ингибиторной зоной и также тормозит деятельность ретикулярной формации, оказывая влияние и на другие мозговые структуры. Снижение активности ретикулярной формации вызывает усиление функционирования ядер зрительных бугров, в которых генерируются «сонные веретена» и включает в действие таламокортикальную синхронизирующую систему; прогрессирующее снижение уровня функционирования ретикулярной формации ствола мозга и обусловливает углубление сна.*

*Ключевой структурой, деятельность которой вызывает изменения характерные для ФБС, является неролиев мост, его отдельные ретикулярные ядра.*

*Важное значение в регуляции сна имеют и структуры новой и старой коры головного мозга, тесно связанные со стволом мозга и промежуточным мозгом. Таким образом, правильнее говорить не об отдельных центрах сна, а о наличии систем мозга, находящихся в определенной функциональной интеграции с системой, обеспечивающей поддержание состояние бодрствования.*

*Серотонинергические нейроны, обеспечивающие возникновение и протекание ФМС и ФБС, локализуются в ядрах шва варолиевого моста. Неясно, является ли серотонин специальным «гипногенным» медиатором мозга или служит антипробуждающим агентом, не вызывающим собственно сна, а тормозящим деятельность неспецифической активирующей системы. В формировании ФБС наряду с серотонинергическими структурами участвуют норадренергические ядра каудального отдела ствола мозга, а также холинергическая медиаторная система. Смена бодрствования и отдельных фаз сна и взаимодействие медиаторных систем в этом процессе обеспечивается наличием морфологических связей между ними.*

*В регуляции сна имеет значение, по-видимому, не только взаимодействие отдельных нейромедиаторов, но также их метаболитов и других агентов. В частности, из крови спящих животных выделен полипептид с низким молекулярным весом, введение которого бодрствующему животному вызывает у него сон.*

*Определенную роль в регуляции цикла бодрствование – сон играют, по-видимому, и эндорфины, другие полипептиды.*

*Существует ряд теорий, объясняющих возникновение сна и его функциональное назначение. Единой, общепризнанной концепции по этому вопросу еще нет. Наряду с теориями «гипотоксинов», «разлитого коркового торможения», «торможения деятельности ретикулярной формации» существуют и другие взгляды по этому вопросу. В частности, информационные концепции сна предполагают, что его функцией является переработка информации, полученной на протяжении состояния бодрствования, разгрузка мозга от избыточной, ненужной информации, включение биологически важной ее части в механизмы памяти. Близкими к этим концепциям являются биологические концепции, рассматривающие сон как состояние, во время которого происходит психологическая переработка опыта индивида, осуществляется стабилизация эмоциональной сферы, обеспечивается психологическая защита. Существует анаболическая теория сна, рассматривающая сон как восстановительный процесс, во время которого востанавливаются энергетические запасы мозга и организма в целом. Этому соответствуют и полученные данные о протекании во время сна биохимических ситетических процессов (синтез белков, РНК в мозге и соматической сфере, усиление секреции соматотропного гормона). Выдвинута гипотеза, рассматривающая сон как один из видов инстинктивного поведения животных и человека.*

*Очевидно, все-таки более правильно рассматривать функциональное назначение сна комплексно. В процессе эволюции довольно простая функция сна (обеспечение покоя), какой она является на низших этапах филогинеза, многократно усложняется, обеспечивая регуляцию всех функций организма, направленную на его наиболее эффективное взаимодействие с окружающей средой в состоянии бодрствования.*

*В процессе онтогенеза происходит существенная перестройка организации всех стадий и фаз сна. Структура сна (то есть длительность его циклов, фаз и стадий), характерная для взрослого человека, формируется в основном в пубертатном периоде. На протяжении всей последующей жизни ее перестройка продолжается. В пожилом и старческом возрасте наблюдается укорочение длительности ночного сна, удлинение периода засыпания, учащение пробуждений и увеличение продолжительности состояния бодрствования среди ночи. Происходит увеличение времени первой стадии и укорочение четвертой стадии ФМС, а также периода всего дельта-сна. Уменьшается длительность ФБС. На ЭЭГ отмечается уменьшение амплитуды «сонных веретен», дельта-волн и их числа. Эти изменения служат объективной предпосылкой нередких субъективных расстройств сна в пожилом возрасте. Характерная для человека, начиная с детского возраста, биофазная организация суточного цикла и меет тенденцию к перестройке на полифазный тип (с дневным сном и прерывистым ночным).*

*Причиной изменений организации сна у человека в пожилом и старческом возрасте являются факторы биологического и социального порядка, воздействующие на его соматическую и психическую сферу.*

*Обнаружено, что интенсивная физическая и психическая деятельность в вечернее время увеличивает длительность дельта-сна, а длительная гиподинамия вызывает расстройства сна вплоть до выраженной инсомнии (бессонницы). Большое влияние на регуляцию сна оказывают эмоциогенные воздействия, которые в зависимости от индивидуальной реакции человека на них могут нарушать ночной сон или вызывать адаптивные изменения его структуры.*

*Значительные изменения сна связаны с резкой переменой часовых поясов суточного цикла освещенности. При быстрой смене часовых поясов в первые сутки может нарушаться связь цикла бодрствование – сон с суточным ритмом. Изменяется и внутренняя структура сна. Происходит укорочение первой стадии, уменьшение числа переходов из более глубоких стадий в более поверхностные, увеличение относительной длительности дельта-сна.*

*Отмечены субъективные и объективные изменения в структуре сна у жителей средних широт в непривычных для них условиях полярной ночи и полярного дня. Эти изменения могут иметь различную выраженность и в определенной степени зависят от степени биологической и психологической адаптации человека к полярным условиям. Изменения температуры среды, избыточные шумовые воздействия также нарушают сон.*

*На протекание сна определенное влияние оказывает и состояние магнитосферы. Во время магнитных бурь могут возникать субъективные и объективные расстройства сна. Циклическая организация сна изменяется при устранении естественных временных датчиков (например, при достаточно длительном нахождении человека в глубоких пещерах).*

*При исследовании сна человека используют различные методы. Наиболее простым методом оценки качества сна является традиционный опрос. С его помощью можно в общих чертах составить представления об особенностях сна на протяжении жизни человека, связи изменений его качества с экзогенными или эндогенными причинами, выяснить актуальные характеристики сна. При специальных исследованиях, в которых требуется более точная и полная характеристика сна, используют стандартные карты-опросники с возможностью ответов по типу «да», «нет». При этом особенности субъективной оценки сна испытуемым анализируют, сопоставляют с результатами исследования других субъектов в аналогичной группе, сравнивают различные группы. Такой метод исследования сна является единственно возможным при обследовании большого контингента людей, что необходимо при анализе воздействия различных экзо- и эндогенных физиологических и патологических факторов.*

*Важно иметь в виду, что эти методы изучения сна дают лишь субъективную оценку, далеко не всегда соответствующую объективным характеристикам.*

*Наиболее объективным способом оценки сна является непрерывная запись нескольких его электрофизиологических характеристик (ЭЭГ, ЭМГ мышц диафрагмы рта, электроокулограмма).*

##### Нарушения сна

Под нарушениями сна подразумевают две группы: нарушения состояния бодрствования, или гиперсомнии, и нарушения сна, или инсомнии. В основе расстройств сна первой группы лежат церебральные нарушения, сопровождающиеся недостаточностью восходящих активирующих систем ретикулярной формации ствола мозга. Нарушения сна, то есть инсомнии, могут явиться следствием избыточной активации восходящих систем ретикулярной формации, а также нарушения деятельности синхронизирующих систем мозга (бульбарные центры ствола мозга, ядра варолиева моста, преоптическая зона гипоталамуса и зрительные бугры, обеспечивающие возникновение и течение ФМС, а также ретикулярное каудальное ядро варолиева моста и голубое ядро, реализующее течение ФБС). Очень часто расстройства сна являются симптомами психических болезней.

**Бессонница**

*Расстройство сна наблюдается при тяжелых переживаниях, неврозах (неврастения, психастения, невроз навязчивых состояний, реактивных состояниях), психопатиях, различных фобиях (страх умереть во сне), психических заболеваниях (маниакально-депрессивном психозе, шизофрении), органических заболеваниях головного мозга, при заболеваниях сердечно-сосудистой системы с явлением отдышки, дыхательных путей с приступами кашля, различных желудочно-кишечных расстройствах; при заболеваниях со стойкими болевыми синдромами; при поражении желез внутренней секреции. Бессонница наблюдается и у детей – при неврозах, переутомлении, избыточных впечатлениях в течение дня; в отдельных случаях отмечается при органических поражениях головного мозга.*

*Расстройство сна в части случаев можно рассматривать как нарушение механизмов возникновения усталости. И. П. Павлов доказал, что сон возникает в результате отсутствия недостаточного или монотонного поступления*

*афферентных импульсов в головной мозг. Реакция мозга на афферентные импульсы зависит от состояния активности сомногенной и активирующей систем, расположенных начиная от каудального отдела ствола головного мозга до коры больших полушарий.*

*Нарушенное засыпание может проявляться: 1) длительным засыпанием – сон обычно не достигает необходимой глубины, больные легко просыпаются при воздействии малейших раздражителей; 2) прерывистым засыпанием – после кратковременного нормального засыпания возникают неприятные сновидения, двигательное беспокойство, изменяется нормальная глубина сна, больные легко пробуждаются во время засыпания, пробуждение часто сопровождается отрицательными эмоциями; 3) несовершенным засыпанием, характеризующимся недостаточно глубоким сном, не сопровождающимся тяжелыми сновидениями и отрицательными эмоциями (обычно бывает временным явлением).*

*Преждевременное пробуждение наступает после глубокого сна и сопровождается плохим самочувствием, чувством страха. Может быть легкое пробуждение, иногда с кратковременным нарушением ориентировки в месте и времени, без существенного нарушения самочувствия. Плохой ночной сон может сочетаться с трудным пробуждением, непреодолимой дневной сонливостью, повышенной возбудимостью, вялостью, расслабленностью.*

Во всех случаях бессонницы большое значение имеет строгое соблюдение режима труда, отдыха и приема пищи, рациональное увеличение физической нагрузки (лечебная гимнастика, прогулки перед сном). Полезны теплые ванны, горячие ножные ванны; по возможности должны быть устранены психотравмирующие ситуации и созданы нормальные условия сна. Целесообразно использовать методы выработки рефлекса на засыпание. Как показали современные исследования, снотворные могут изменять соотношение между медленным и быстрым сном, не вызывая, однако, нормального сна. Это обстоятельство заставляет признать, что применение снотворных не разрешает полностью проблему бессонницы. Тем не менее они широко применяются. Наиболее часто используются барбитураты: барбитал, барбитал-натрий, этамил-натрий, циклобарбитал.

###### Летаргия

*В переводе с греческого означает истерический сон, «малая жизнь», мнимая смерть. Состояние патологического сна с более или менее выраженным ослаблением физических проявлений жизни, с обездвиженностью, значительным понижением обмена и ослаблением или отсутствием реакции на звуковые и болевые раздражения. Причины возникновения летаргии точно не установлены.*

*В тяжелых, редко встречающихся случаях летаргии имеется действительно картина мнимой смерти: кожа холодная и бледная, зрачки не реагируют, дыхание и пульс трудно обнаружить, сильные болевые раздражения ни вызывают реакции. В течение нескольких суток больные не пьют, не едят, выделение мочи и кала прекращается, наступает потеря в весе, обезвоживание.*

*Приступы летаргии возникают внезапно и внезапно заканчиваются.*

*Продолжительность летаргии – от нескольких часов до нескольких дней и даже недель. Описаны отдельные наблюдения многолетнего летаргического сна с сохраняющимися возможностью приема пищи и отправлениями других физиологических актов. При измерении температуры в прямой кишке отмечается ее понижение; нервно-мышечная возбудимость при действии электротоком также понижена.*

*Если летаргия своевременно не установлена, то возможно ошибочное исследование «трупа» мнимоумершего человека, что наблюдается крайне редко. Неправильная констатация наступления истинной смерти вследствие недостаточного обследования мнимоумершего может привести к неоказанию медпомощи, что при условиях, предусмотренных уголовным законодательством, становится профилактическим правонарушением. Действующие «Правила судебно-медицинского исследования трупов» указывают, что вскрытие не должно производиться при малейшем сомнении в действительности смерти, и в таких случаях необходимо принимать все меры к оживлению.*

*Вопрос об опасности погребения заживо лиц, находящихся в состоянии летаргии, утратил свое значение, так как погребение обычно производится через 1-2 суток после смерти, когда достоверные трупные явления бывают уже хорошо выражены.*

###### Нарколепсия

С греческого приступ онемения. Заболевание проявляющееся дневными приступами неодолимой сонливости, приступами полной или частичной утраты мышечного тонуса, нарушениями ночного сна, изменениями личности.

*Возникает преимущественно в молодом возрасте, после 40 лет – в единичных случаях. Женщины чаще заболевают до, а мужчины после 20 лет.*

*Приступы неодолимой сонливости возникают в дневное время, часто внезапно. В ряде случаев им предшествуют слабость, разбитость, головная боль, чувство жара, головокружения, боли, яркие зрительные галлюцинации. Приступы сонливости чаще возникают в условиях покоя, тепла, монотонной деятельности, иногда в определенные часы дня; особенно часто больные засыпают во время еды. Некоторые больные в начале заболевания пытаются бороться с сонливостью, но, чувствуя, что разбитость и слабость от этого лишь усиливаются, вскоре перестают это делать. Приступы возможны в самых различных ситуациях, в том числе и опасных для жизни. Сонливость, как правило, сочетается с сохранностью моторных актов, поэтому заснувший стоя не падает, идущий продолжает идти, держащий предмет не роняет его. Когда наступление сонливости не столь внезапно, больные успевают сесть или лечь. Состояние больных в период приступа такое же, как и во время обычного сна: мускулатура расслабляется, иногда они что-то говорят, производят движения головой, руками; могут возникать сновидения. Приступ обычно длится от одной до нескольких минут, реже дольше, иногда исчисляется несколькими секундами. В день может быть от 1 до 100 и более приступов, но чаще 3-5. Приступ кончается спонтанно, разбудить таких больных легко. С исчезновением сонливости они испытывают бодрость, могут продолжать прерванную работу. Иногда, будучи разбуженными, больные на короткое время плохо осмысливают окружающее, находятся в раздраженном и даже злобном настроении.*

*Сон при нарколепсии поверхностный, с частыми пробуждениями, сопровождается множественными яркими, в ряде случаев неприятного содержания и просто кошмарными, устрашающими сновидениями. У больных с отчетливыми нарушениями сна нередко возникают зрительные галлюцинации.*

*Заболевание течет обычно хронически на протяжении 20-30 лет и более. При выборе профессии больным следует избегать однообразной, непрерывной, связанной с сидением работы. Деятельность больного должна сочетать возможность движения, переключение внимания и кратковременные перерывы для отдыха.*

###### Пикквикский синдром

*Сочетание хронической прогрессирующей дыхательной недостаточности с ожирением, сонливостью и постепенным развитием легочного сердца. Название синдрома было навеяно художественным образом, созданным Ч. Диккенсом в романе «Записки Пикквикского клуба».*

*Центральное место в развитии пикквикского синдрома отводится нарушению функции гипоталамуса, которое проявляется нарушением аппетита, ожирением и расстройством сна. Ожирение развивается по гипоталамическому типу с преимущественным отложением жира на туловище, в области живота. Повышается внутрибрюшное давление, отмечается высокое стояние диафрагмы. Вследствие этого уменьшается площадь вентилируемых альвеол, особенно при горизонтальном положении тела. Люди, страдающие этой болезнью, своей сонливостью привлекают внимание окружающих; они засыпают сразу же, как только оказываются в спокойной обстановке. Сон может наступить во время приема пищи, осмотра больного врачом. Наблюдается также нарушение ночного сна, который не приносит удовлетворения больным, и они часто жалуются на плохой сон, головную боль по утрам. В большинстве случаев нарушается ритм дыхания.*

*При осмотре выявляются ожирение с неравномерным распределением жировых отложений (преимущественно на лице, грудной клетке, особенно на животе, часто в виде фартука).*

*В крови наблюдается повышение числа эритроцитов и концентрации гемоглобина. Снижена разница в содержании кислорода между артериальной и венозной кровью и повышено напряжение углекислого газа в плазме.*

*Во время лечения назначается диета из расчета 600-800 ккал в первые 7-10 дней, затем по 1200 ккал в день. Применяют мочегонные средства. Назначение снотворных средств, угнетающих дыхательный центр, противопоказано.*

***Использованная литература:***

*Н.Н. Шабатура «Биология человека 8/9»*

*Вейн А.М. «Нарушения сна и бодрствования»*

*Яхно Н.Н. «Медицина и сон»*

*«БМЭ» : т. 3,13,16,19*