

Проблемная комиссия «Эпилепсия. Пароксизмальные состояния» РАМН и Минздравсоцразвития России
Российская Противозпилептическая Лига

ЭПИЛЕПСИЯ и пароксизмальные состояния

2010 Том 2 №2



Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.epilepsia.ru>. Не предназначено для использования в коммерческих целях. Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел: +74999409938; e-mail: info@irbis-1.ru
Copyright © 2009 Издательство ИРБИС

ПАРАСОМНИИ – СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Левин Я.И.

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

В статье представлены современные взгляды на проблему парасомний, приведена их классификация – расстройства пробуждения, парасомнии, связанные с фазой быстрого сна, другие парасомнии. Подчеркивается роль объективного исследования сна – полисомнографии с обязательным видеомониторингом. Наиболее важным в дифференциальной диагностике причин парасомний является выявление эпилептической природы этого феномена. В случае, если парасомнии не нарушают социальную адаптацию, пациенты не нуждаются в терапии. Вместе с тем приходится применять как медикаментозную терапию, в основном представленную препаратами, повышающими церебральный ГАМК-ергический потенциал, а также антидепрессантами и анксиолитиками, так и нелекарственную терапию (психотерапия, поведенческая терапия, акупунктура, фототерапия). Следует также подчеркнуть особое значение парасомний, впервые появляющихся у взрослых, так как они, как правило, вторичны и являются масками других заболеваний.

Ключевые слова: сон, бодрствование, парасомнии, нарушения пробуждения, ФБС, ФМС.

В общем потоке событий, нарушающих цикл «сон-бодрствование», парасомнии занимают существенное место. Парасомнии – это различные эпизодические события, протекающие во сне. Они многочисленны, разнообразны и всегда пароксизмальны по своим клиническим проявлениям, могут быть выражены в разных стадиях и фазах сна, а также на этапах перехода от бодрствования ко сну и наоборот. Парасомнии могут вызвать инсомнию или сонливость, психо-социальный стресс, нанесение вреда себе и окружающим. В ряде случаев парасомнии являются «маской» неврологического, психиатрического или общесоматического заболевания.

Парасомнии могут как сами по себе являться причиной инсомнии или сонливости, эмоционального

стресса, нанесения вреда себе и окружающим, так и являться симптомами неврологического или общесоматического заболевания.

В последние десятилетия усложнились концепции парасомнии, по сравнению с более ранними, утверждавшими, что большинство двигательных феноменов и необычных поведенческих явлений, возникающих во сне, прямым образом связаны со сновидениями или относятся к состояниям, в основе которых лежат психиатрические причины. В основе современного понимания парасомний лежит концепция функциональных состояний мозга, согласно которой выделяют две фазы сна – фаза медленного сна (ФМС) и фаза быстрого сна (ФБС). Каждая фаза сна, также как и бодрствование, имеет свои церебральные механизмы организации и свою нейрохимию. Переход от ФМС к ФБС может нарушаться и проявляться в виде внедрения компонентов одного функционального состояния в другое.

В настоящее время для классификации расстройств сна используется Классификация Американской Академии медицины сна (2005), исходя из которой, парасомнии разделены на 3 группы:

- А. Расстройства пробуждения
- Б. Парасомнии, связанные с ФБС
- В. Другие парасомнии

Расстройства пробуждения объединяют варианты, встречающиеся в клинической практике наиболее часто. В настоящее время их рассматривают как дисфункцию восходящих активирующих систем мозга.

Снохождение (СХ; сомнамбулизм, лунатизм) – представляет собой ряд сложных моторных действий, совершаемых человеком во сне, без осознания происходящего. По некоторым данным, СХ встречаются у 15% популяции. Соотношение встречаемости по полу – 1:1. Чаще наблюдаются в возрасте 4-12 лет и, чаще всего, с пубертатом проходят самостоятельно. Обычно пациент садится в кровати (и иногда этим все заканчивается), затем встает, и ходит по комнате или выходит за пределы помещения. «Сомнамбулисты» могут выполнять повторяющиеся простые движения (такие как потирание глаз, ощупывание своей одежды) но могут совершать

сложные творческие акты (например, рисовать или играть на фортепиано). Стороннему наблюдателю «сомнамбулисты» кажутся странными, с «отсутствующим» выражением лица, с широко раскрытыми глазами. «Сомнамбулист» не осознает опасности, что создает потенциальную угрозу как для пациента, так и для окружающих людей. Как крайнее проявление вреда при СХ, рядом авторов сообщается о случаях убийства во время эпизода СХ. У взрослых, страдающих СХ, риск нанесения вреда в два раза выше, чем у детей. Как правило, СХ завершается спонтанно, переходя в продолжение обычного сна, при этом пациент может вернуться в свою кровать или уснуть в любом другом месте. Во время СХ может наблюдаться сноговорение. Во время эпизода СХ человек обычно ничего не воспринимает, пробудить его очень затруднительно. Пробуждаясь, «сомнамбулист» может быть сконфужен или даже напуган. Обычно эпизод СХ сопровождается амнезией. Большинство случаев СХ наблюдается в возрасте от 4 до 8 лет, исчезают чаще спонтанно в юности. Эпизоды СХ могут происходить несколько раз в неделю или только при предрасполагающих (провоцирующих) факторах.

Предрасполагающие факторы. Предрасполагающими факторами являются: нервное возбуждение, недостаток сна, внешние стимулы (шум), внутренние стимулы (нестабильность артериального давления, другие), прием алкоголя перед сном, психотропные препараты (нейролептики, антидепрессанты), наркотики.

Причины СХ. Ряд авторов считает, что в детстве причина СХ – это незрелость мозга, подтверждаемая наличием внезапных ритмических вспышек дельта-активности во время дельта-сна у «лунатиков» до 17 лет. Исследования подтверждают и роль наследственно-генетического фактора при СХ, так как сомнамбулизм в 6 раз чаще встречается у монозиготных близнецов, чем у дизиготных; и дети, у которых родители «лунатики», чаще подвержены СХ. У взрослых СХ часто зависит от психологических факторов, возникает после перенесенного острого стресса или после глобально-значимых жизненных событий, часто положительных. Также у взрослых с СХ чаще диагностируются психопатологические изменения, а у пожилых людей наличие СХ часто сочетается с деменцией. СХ происходит чаще в первую треть ночи из фазы медленного сна, эпизоды длятся от 30 сек до 30 мин, на ЭЭГ в это время регистрируются вспышками дельта-активности, либо низкоамплитудная кривая с билатерально-синхронным тета-ритмом, либо монотонным, не реагирующим на афферентную стимуляцию альфа-ритмом.

Ночные страхи (НС; сонный террор) характеризуются внезапным началом с криком, сопровождаемым моторными и поведенческими проявлениями сильного страха. Наблюдается тахикардия,

тахипное, гипергидроз, мидриаз, уменьшение сопротивления кожи, увеличение мышечного тонуса. Эпизод может сопровождаться несвязной вокализацией. Чаще человек садится в кровати и кричит с открытыми глазами, но не доступный контакту. Эпизод НС, заканчиваясь, переходит в сон, а если человек просыпается, то он смущен и дезориентирован. После окончания этот эпизод амнезируется. Во время эпизода НС больной может быть агрессивным, что опасно как для него самого, так и для окружающих. НС встречаются чаще у детей между 4 и 12 годами и реже у взрослых (между 20 и 30 годами), а также чаще у мужчин.

Предрасполагающие факторы НС аналогичны таковым при снохождении. По наблюдению ряда исследователей НС встречается более, чем в 2 раза чаще у детей, страдающих эпилепсией (8,2 %), чем в общей популяции детей (3 %). Высказывается предположение, что причина НС связана с мозговыми нарушениями, вызванными дефицитом магния. Полисомнография показывает, что НС обычно происходят в первой трети ночи из дельта-сна, при этом наблюдается: увеличение количества эпизодов пробуждения. При НС на ЭЭГ при видеополисомнографии отсутствуют эпиразряды. При проведении ЭЭГ в период бодрствования у людей с НС часто регистрируется неспецифическая билатерально-синхронная медленная активность. Прогноз НС у детей считается благоприятным, так как с возрастом эпизоды НС становятся все более редкими и совсем исчезают в пубертате.

Сонное опьянение (СО; пробуждение со спутанным сознанием – ПСС) представлено спутанным состоянием в период пробуждения и некоторое время после него, проявляется в замедленном переходе от сна к активному бодрствованию после пробуждения и сопровождается различного рода автоматизмами при некоторой заторможенности субъекта и спутанности сознания (нарушение ориентировки в пространстве и во времени). Часто отмечается у глубоко и долго спящих детей и особенно часто сочетается с сомнамбулизмом, ночным энурезом и ночными страхами.

В популяции встречается в 17,3%, у взрослых старше 15 лет – в 2,9-4,2%.

Поведение может быть резистентным, либо возбужденным, агрессивным и неадекватным ситуации, например, человек поднимает лампу, чтобы говорить по ней, как по телефону, если в это время убежден, что звонил телефон. Длительность эпизода ПСС может быть от нескольких минут до часа. Феномены ПСС возникают обычно в первой трети ночи. Распространены чаще у детей от 1 до 5 лет, затем их частота снижается, у взрослых они обычно связаны только с провоцирующими факторами. Мужчины и женщины страдают одинаково.

Разновидностью данного варианта парасомнии является связанное со сном аномальное сексуальное

поведение (секссомния), которая может проявляться в виде длительной мастурбации, сексуальных действий и агрессии, продолжительные сексуальные звуки.

Среди *провоцирующих факторов* отмечены: молодой возраст, депривация сна, нарушения циркадного цикла, медикаменты (особенно психотропные). Полисомнография во время эпизода ПСС показала его начало из медленноволнового сна и наличие либо кратких всплеск дельта-активности, либо диффузного, плохо выраженного альфа-ритма. Прогноз в основном благоприятный.

Дифференциальный диагноз в группе нарушений пробуждения базируется на следующих кардинальных признаках, свойственных данной группе парасомний:

- для СХ: способность к сложному интегрированному и разнообразному поведению; комплексные моторные автоматизмы; отсутствие выраженного страха; довольно большая продолжительность эпизодов; отсутствие выраженного вегетативного сопровождения; амнезия эпизода; возникновение из 3–4 стадий сна; отсутствие эпилептиформных изменений на ЭЭГ;
- для СТ: внезапное начало; стойкий страх или ужас; пронзительный крик; гипергидроз; тахикардия; неспособность объяснить, что случилось; отсутствие воспоминаний о «плохом сне»; невозможность успокоить; амнезия эпизода при пробуждении или на утро следующего дня; возникновение из 3–4 стадий сна; отсутствие эпилептиформных изменений на ЭЭГ;
- для ПСС: отсутствие значительной моторной активности; дезориентация во времени и пространстве; возникновение из 3–4 стадий сна; отсутствие эпилептиформных изменений на ЭЭГ.

Лечение нарушений пробуждения

В большинстве случаев НП не требуют медикаментозного лечения. У детей необходимая терапия может включать в себя: рекомендации по гигиене сна, воздержание от раздражающих факторов, фитотерапию, светолечение, психотерапию, а также поведенческую терапию, проводимую с родителями.

Длительные, часто повторяющиеся эпизоды сомнамбулизма – повод для назначения медикаментозной терапии. Обычно используются следующие группы препаратов:

- стимуляторы (адаптогены, ноотропы, стимулирующие антидепрессанты, модафинил), применение которых эффективно в случае возникновения сомнамбулизма у ребенка с очень глубоким сном;
- седативные препараты (фитопрепараты и транквилизаторы), нормализующие эмоциональное состояние у детей эмоционально лабильных, тревожных, впечатлительных;
- препараты из группы антиконвульсантов:

клоназепам, вальпроаты (депакин), которые показаны детям со склонностью к пароксизмальным состояниям (наличие в анамнезе фебрильных судорог).

У взрослых хронические эпизоды НП могут потребовать психиатрического обследования и лечения, возможно, такими препаратами, как бензодиазепины, антиконвульсанты, трициклические антидепрессанты; может быть рекомендована психотерапия. Рядом исследователей сообщается о том, что эффективность гипнотического воздействия в данном случае выше, чем при рациональной психотерапии и фармакотерапии.

Нарушения, обычно ассоциирующиеся с ФБС

Данные нарушения сгруппированы вместе потому, что в их основе предполагается некий общий основной патофизиологический механизм, а именно – связь с фазой быстрых движений глаз.

Ночные кошмары (НК) – атаки страха, тревоги во время ФБС, которые не следует путать с нарушениями, связанными с ФМС, называемыми ночными страхами. Кошмар – это длинное, сложное сновидение, которое становится все более и более пугающим к концу. Длительность и сказочность (призрачность) сновидения является кардинальной клинической особенностью НК. Элементы испуга и тревоги – существенная особенность кошмаров. По окончании эпизода НК человек быстро приходит к ясному сознанию, отсутствует спутанное сознание. Пугающее содержание сновидения человек хорошо помнит при пробуждении, что является отличительной чертой НК. Эмоционально-аффективная реакция, как правило, сопровождается умеренными вегетативными проявлениями. Содержание сновидения у детей почти всегда несет опасность самому ребенку. НК – событие, часто встречающееся у детей. Следует отметить, что НК могут возникать на фоне приема психостимуляторов, Л-ДОФА и отмены барбитуратов. Изредка беспокоящие НК широко распространены в популяции и не требуют медикаментозного лечения. В тех случаях, когда НК возникают часто, они требуют психотерапевтической и психофармакологической помощи.

Нарушения поведения, связанные с ФБС – сложная моторная деятельность в ФБС, связанная с тематикой сновидения. Двигательная феноменология может быть элементарной (движение рукой) и очень сложной, напоминающей снохождение, со снововорением, криками и т.п. Выделяют связанные с ФБС идиопатические нарушения поведения (60%), с началом в 60–70 летнем возрасте, и симптоматические, с началом в любом возрасте при неврологических нарушениях типа деменции, субарахноидального кровоизлияния, ишемической цереброваскулярной болезни, оливо-пункто-церебеллярной дегенерации, опухоли мозга. Преобладают у мужчин.

Полисомнографические исследования выявляют в ФБС увеличение мышечного тонуса, а также плотности быстрых движений глаз. Наиболее эффективна терапия клоназепамом.

Сонный паралич (СП) – период невозможности выполнения добровольных движений при засыпании или пробуждении. При этом движения глаз и дыхательные движения сохранены. Эти состояния являются пугающими для пациента, возникает чувство тревоги. Длительность эпизода – несколько минут, завершение может наступать спонтанно или при внешней стимуляции. СП может быть в изолированной форме у здоровых в других отношениях людей (семейная форма, передающаяся генетически), и как один из признаков нарколептической пентады. СП хотя бы один раз в жизни встречается у 40-50% людей. Периодические случаи СП отмечены у 3-6% людей. Семейная форма описана в литературе только в нескольких семьях. При полисомнографии специфических особенностей нет. Дифференциальный диагноз проводится с нарколепсией (для которой также характерны сонливость, катаплексия и гипнагогические галлюцинации), каталепсией (для которой более характерно развитие в периоде бодрствования), психогенными параличами, атоническими генерализованными эпилептическими приступами (которые также характерны для состояния бодрствования), локальным парезом в утреннее время вследствие неудобной ночной позы (как результат периферического сдавления нерва, «субботний ночной паралич»), гипокалиемическим параличом (наиболее схож с СП, чаще происходит у молодых мужчин, имеет наследственность, провоцируется высокоуглеводной пищей и алкоголем, легко обратим при устранении гипокалиемии).

В изолированной форме СП лечение не требуется. При сочетании с симптомами других заболеваний (чаще, невротических расстройств) требуется психофармакокоррекция и психотерапевтическое воздействие.

В раздел «другие парасомнии» включены те варианты, которые не могут быть отнесены к предыдущим разделам.

Связанное со сном нарушение пищевого поведения (sleep related eating disorders) – состоит из повторяющихся произвольных (компульсивных) неконтролируемых эпизодов приема пищи и питья при пробуждении среди ночи. Как правило, эпизоды относятся к состоянию неполного пробуждения, частично или полностью амнезируются, реже – упоминаются в деталях. Разбудить пациента в такие минуты сложно, попытка остановить его во время эпизода приема пищи может спровоцировать сопротивление и гнев. У большинства пациентов с нарушением пищевого поведения во время сна эпизоды возникают практически каждую ночь, иногда – несколько раз за ночь. Прием пищи возникает даже при отсутствии чувства голода или жажды. Пища обычно

съедается очень быстро. Весь эпизод может занимать не более 10 минут и включать в себя время подъема с постели, похода на кухню и возвращения в кровать.

Во время эпизодов пациенты склонны принимать более калорийные продукты, чаще густые и сладкие виды пищи, нередко не являющиеся любимыми в дневное время. Возможны прием странных комбинаций или видов продуктов, например сырого мяса, сигарет, намазанных сливочным маслом, или молока кофе; поедание или питье ядовитых веществ, таких, например, как моющие растворы, а также продуктов, на которые имеется аллергия. Во время эпизода пациент может получить травму (порезы и ожоги). Утром человек может обнаружить на кухне настоящую разруху, что помогает вспомнить подробности эпизода. В большинстве случаев проблема является затяжной, сопровождается депрессивными расстройствами и редко проходит самостоятельно. Среди других сопутствующих проблем возможны потеря аппетита в утренние часы, гастралгии, гиперхолестеринемия, ожирение. Многие пациенты с данной патологией начинают усиленно соблюдать диету и давать себе интенсивную физическую нагрузку в дневное время с целью снижения веса.

Данная патология чаще возникает у женщин (65-80%) в возрасте от 22 до 29 лет. Нарушение пищевого поведения во время сна может возникать без очевидных причин или под влиянием определенных провоцирующих факторов: применение ряда лекарственных препаратов; период прекращения табакокурения; период прекращения злоупотребления алкоголем или наркотиками; стресс; соблюдение диеты в течение дня; дневные нарушения пищевого поведения; инсомния, нарколепсия; гепатит; энцефалит.

Сонный энурез (СЭ) – характеризуется повторяющимися произвольными упусканиями мочи, случающимися во время сна. Частота эпизодов может быть от 1 раза в неделю до еженощного и нескольких раз за ночь.

Различают первичный и вторичный энурез. Первичный (идиопатический) энурез начинается с раннего возраста и, вероятно, обусловлен совокупностью причин, среди которых определенное значение имеют генетические факторы, незрелость мозга, признаки дисфункции активирующих восходящих систем мозга, а также невротические нарушения. Вторичный энурез (т. е. ночное произвольное мочеиспускание, возобновившееся через несколько лет после его прекращения в раннем детском возрасте) может быть обусловлен целым рядом заболеваний уrogenитального тракта, сахарным диабетом, серповидно-клеточной анемией. Часто встречается в анамнезе больных эпилепсией.

Считается, что в возрасте 3-х лет ребенок уже в состоянии контролировать функции мочевого пузыря. Примерная частота НЭ в возрасте 14 лет

составляет 22%, у детей с задержкой умственного развития – 80-90%. Его распространенность уменьшается на 14-16% в возрасте от 5 до 19 лет. В 4-х летнем возрасте СЭ встречается у 30%, в 6 лет – у 10%, в 10 лет – у 5%, в 12 лет – у 3%, в 18 лет – у 1-3% в популяции. Первичный СЭ встречается в 60-70% случаев, и у взрослых он редок. СЭ чаще встречается у мальчиков, в возрасте 5 лет межполовое соотношение равно 3:2.

Установлено, что созревание акта мочеиспускания в онтогенезе во сне тесно связано с созреванием стадий сна, тогда, как в состоянии бодрствования регуляция мочеиспускания осуществляется посредством других механизмов. СЭ в большинстве случаев отмечается в первую половину ночи, чаще в дельта-сне или при переходе от него к быстрому сну, более поверхностным стадиям или состоянию бодрствования, и этому переходу часто предшествует разряд высокоамплитудных дельта-волн (в основном, в прецентральных отведениях), учащение пульса и дыхания, повышение КГР и двигательной активности. После акта энуреза происходит восстановление и переход к следующей, чаще парадоксальной, стадии сна. Вероятно, мощный поток проприоцептивных импульсов от мышц конечностей при сокращении детрузора способствует активации стволовых центров ПС и моторных зон коры, обуславливая их нормальную ритмическую деятельность. Т. о., физиологический смысл непроизвольного акта мочеиспускания во сне заключается в его роли компенсаторного «переключателя» стадий сна при нарушении естественной цикличности сна. При этом человек редко просыпается, а при насильственном пробуждении часто отмечается спутанность сознания. Если же разбудить из последующего БС, то человек рассказывает о сновидении, в котором часто фигурирует жидкость. Следует подчеркнуть, что ночной сон у детей, страдающих энурезом, очень глубокий. В большинстве случаев на ЭЭГ в бодрствовании находят признаки незрелости мозга.

Во всех случаях НЭ необходимо проведение соответствующих клинических и лабораторных исследований для установления его формы и возможной этиологии.

Терапия НЭ обычно складывается из комплекса мероприятий:

- 1) Режимные мероприятия;
- 2) Диета с ограничением употребления жидкости перед сном (за 4-6 часов до сна);
- 3) ЛФК: тренировка мышц брюшного пресса и детрузора (форсированное и прерывистое мочеиспускание, растягивание мочевого пузыря и др.);
- 4) Поведенческие методы (ведение дневника, система контроля, поощрения);
- 5) Фитотерапия;
- 6) Психотерапия;
- 7) Физиотерапия;
- 8) Рефлексотерапия;

9) Специальные сигнальные устройства (детям старше 7 лет);

10) Медикаментозная терапия: препараты, снижающие глубину сна и облегчающие пробуждение. В более легких случаях используются биогенные стимуляторы, при неэффективности – стимулирующие антидепрессанты в возрастных дозировках (мелипрамин).

Связанные со сном стоны – длительно текущее заболевание, клинические проявления которого могут возникать каждую ночь. Основными проявлениями расстройства являются звуки (стоны), достаточно громкие, издаваемые пациентом во время сна. Во время эпизода стонов во сне дыхание может замедляться. Он всегда заканчивается вздохом или «мычанием». Стоны длительностью от нескольких мгновений до 40 секунд и более обычно повторяются несколько раз на протяжении ночи в виде серий, продолжительностью от 2 минут до 1 часа. Выражение лица обычно спокойное, без признаков страданий или дискомфорта. Несмотря на свой пугающий характер, стоны во сне, по-видимому, не связаны с каким-либо эмоциональным переживанием. При изменении положения стоны обычно прекращаются. Причина связанных со сном стонов остается неизвестной. В большинстве случаев пациент амнезирует ночные стоны и не предъявляет жалоб на нарушения сна, хотя возможны утренние жалобы на осиплость голоса или боли в горле. В то же время, качество сна человека, спящего в том же помещении или доме, может существенно нарушаться.

Стоны во сне чаще проявляются во время ФБС. Звуки, напоминающие стоны, могут проявиться и при нарушениях дыхания вследствие обструкции верхних дыхательных путей – например, при храпе. Отличие заключается в том, что звук храпа проявляется обычно во время вдоха, а стоны во сне – в основном на выдохе. В сомнительных ситуациях пациента направляют к ЛОР-врачу для исключения патологии со стороны носоглотки. У некоторых людей при дыхании могут возникать резкие, свистящие, скрипящие и пр. звуки, называемые стридорозным дыханием. Однако стридорозное дыхание будет возникать практически на каждом вдохе, и, в отличие от стонов сна, не проявляется серийно на протяжении ночи.

Связанные со сном диссоциативные расстройства (sleep related dissociative disorders) – психогенные эмоциональные и поведенческие реакции, происходящие во время сна. Проявления этого расстройства могут возникнуть в одном из следующих временных интервалов:

- непосредственно перед отходом ко сну;
- в течение нескольких минут сразу после пробуждения.

Это расстройство возникает достаточно редко и чаще отмечается у людей, которые были подвергнуты тому или иному насилию – физическому,

сексуальному или вербальному. В данной ситуации эпизод зачастую представляет собой реконструкцию имевшего место ранее эпизода насилия. Возникшие воспоминания о бывшем ранее насилии заставляют тело участвовать в этом событии. Другие варианты поведения во время эпизодов могут представлять собой просто состояния спутанности сознания, а также элементы автоматического поведения. Продолжительность эпизода может составлять от нескольких минут до часа и более. Как правило, человек не помнит о том, что происходило во время эпизода.

В отличие от других вариантов парасомний диссоциативные расстройства возникают в бодрствующем состоянии. Лечение подбирается индивидуально для каждого больного и включает в себя психофармакологию и психотерапию.

Связанные со сном галлюцинации (sleep related hallucinations) – это воображаемые пациентом события, которые представляются очень реалистичными. Большинство из связанных со сном галлюцинаций являются зрительными, однако встречаются также звуковые, тактильные, вкусовые и обонятельные галлюцинации, возможны также галлюцинации, связанные с ощущением движения.

Галлюцинации сна обычно возникают: при отходе ко сну (гипнагогические); при пробуждении (гипнопомпические). Галлюцинации, возникающие в дневное время, могут быть признаком нарколепсии.

Комплексные зрительные галлюцинации в форме неподвижных образов людей или животных обычно возникают после внезапного пробуждения от сна. В этом случае человек убежден, что находится в состоянии бодрствования. Воспринимаемые образы могут иметь искаженную форму или необычный размер. Они могут сохраняться в воображении на протяжении нескольких минут. После включения света в комнате галлюцинации обычно исчезают.

Связанные со сном галлюцинации являются довольно распространенным явлением. По данным ряда исследователей, о наличии подобных проявлений сообщали до одной трети людей в общей популяции, наиболее часто связанные со сном галлюцинации встречаются у детей и подростков. У большинства людей частота эпизодов уменьшается с возрастом. Галлюцинации сна встречаются у большинства пациентов, страдающих нарколепсией. Среди других факторов, провоцирующих галлюцинации, выделяют: прием лекарственных (наркотических) средств в данное время; прием алкоголя в прошлом; тревогу; нарушения в эмоциональной сфере; инсомнию; эпилепсию.

Синдром «взрывающейся головы» (exploding head syndrome) – ощущение громкого шума в голове, возникающее непосредственно перед отходом ко сну. Этот шум может походить на сильный взрыв, «исходящий из головы». Подобные ощущения возможны и в момент пробуждения в течение ночи. Ниже

приведены примеры определений, которые пациенты используют для описания данных ощущений: безболезненный громкий удар; звук цимбал (музыкального инструмента); взрыв бомбы.

Данное состояние может вызвать у человека чувство страха и подозрение в наличии опасного заболевания (например, инсульт). Частые и выраженные эпизоды могут приводить к нарушениям сна. Некоторые пациенты сообщают о том, что наряду с громким звуком они ощущают и вспышки яркого цвета, а также мышечные подергивания. Ощущения, как правило, безболезненны, болевые приступы встречаются редко.

Причины синдрома «взрывающейся головы» неизвестны. Данное состояние может возникать у здоровых людей, чаще при переутомлении и в состоянии стресса. Лечение включает в себя назначение седативных препаратов, психотерапию, подтверждена эффективность кломипрамина.

Парасомнии, вызванные с приемом психотропного или другого биологически активного вещества могут проявляться в виде парасомний, возникших впервые, усиления или реактивации имеющихся парасомний. В данной группе чаще других встречаются расстройства пробуждения, связанное со сном расстройство пищевого поведения, расстройство поведения в ФБС, связанные со сном галлюцинации.

По определению, данная проблема со сном проявляется только у людей, которые принимают наркотики или психотропные препараты, и может рассматриваться как побочный эффект от приема лекарственного препарата.

К препаратам, вызывающим и провоцирующим парасомнии, относят: препараты СИОЗС, венлафаксин, трициклические антидепрессанты (ТЦА), ингибиторы MAO, препараты НАССА, биспролол, селегилин, холинергические препараты, β-блокаторы, барбитураты. Среди других биологически активных веществ, вызывающих парасомнии, называют кокаин, амфетамин, алкоголь.

Парасомнии, связанные с каким-либо другим заболеванием. Примерами заболеваний внутренних органов и нервной системы, вызывающими эти расстройства сна, могут быть: болезнь Паркинсона; деменция с наличием телец Леви; эпилепсия; мигрень; нарколепсия; опухоли мозга; психическая патология.

Диагностика и дифференциальная диагностика парасомний невозможна без полисомнографии с параллельным видеомониторированием. Наиболее важным в дифференциальной диагностике причин парасомний является выявление эпилептической природы этого феномена. В случае, если парасомнии не нарушают социальную адаптацию, пациенты не нуждаются в терапии. Вместе с тем, приходится применять как медикаментозную (в основном представленную препаратами, повышающими церебральный ГАМК-ергический потенциал, а также антидепрессантами и анксиолитиками), так и неле-

карственную терапию (психотерапия, поведенческая терапия, акупунктура, фототерапия). Следует также подчеркнуть особое значение парасомний,

впервые появляющихся у взрослых, так как они, как правило, вторичны и являются масками других заболеваний.

Литература:

1. Левин Я.И. Нарушения сна. В кн: Национальное руководство по неврологии. Под ред. Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Скворцовой В.И., Гехт А.Б..М., «Гэотар-Медиа», 2009, с. 548-565
2. Левин Я.И. Тарасов Б.А. Эпилепсия и сон. В кн.: Эпилепсия. СПб, 2010, с.565-585
3. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 2nd ed.: Diagnostic and Coding Manual. Westchester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine, 2005.
4. Clore E. R.; Hibel J. The parasomnias of childhood. / J. Pediatr. Health. Care. 1993 Jan-Feb; 7(1): 12-6
5. Crespel A, Coubes P, Baldy-Moulinier M. Sleep influence on seizures and epilepsy effects on sleep in partial frontal and temporal lobe epilepsies. Clin Neurophysiol 2000; 111(Suppl 2): S54-S59
6. International Classification of Sleep Disorders. (Revised). Diagnostic and Coding Manual. Rochester: American Sleep Disorders Association, 1997.
7. Foldvary-Schaefer N, Grigg-Damberger M. Sleep and epilepsy: what we know, don't know, and need to know. J Clin Neurophysiol 2006; 23(1): 4-20
8. Gaillard J. M. [Classification of sleep disorders] / Ther-Umsch. 1993 Oct; 50(10): 675-8.
9. Mahowald M. W.; Rosen G. M. Parasomnias in children. / Pediatrician. 1990; 17(1): 21-31.
10. Roupakiotis SC, Gatzonis SD, Triantafyllou N. The usefulness of sleep and sleep deprivation as activating methods in electroencephalographic recording: contribution to a long-standing discussion. Seizure 2000; 9(8): 580-584
11. Steriade M, Contreras D, Amzica F. Synchronized sleep oscillations and their paroxysmal developments. Trends Neurosci 1994; 17(5): 199-208

PARASOMNIAS – CURRENT STATE OF THE ISSUE

Levin Ya. I.

I. M. Sechenov Moscow Medical Academy

Summary. This article presents current views over the issue of parasomnias, and provides their classification including the awakening disorders, parasomnias linked to phase of fast sleep, and other parasomnias. The role of objective sleep examination by polysomnography with mandatory video monitoring is emphasized. For differential diagnosis of parasomnia causes, the most important is the revelation of epileptic nature of this phenomenon. In case when parasomnias do not threat patients' social adaptation, patients require no therapy. At the same time, some medications can be administered that are mostly represented by drugs increasing cerebral GABA-ergic potential, antidepressants and anxiolytics, as well as non-medicinal therapy, such as psychotherapy, behavioral therapy, acupuncture or phototherapy. A particular attention should be paid to adult parasomnias which occur for the first time, since these, as a rule, are secondary and disguise other underlying diseases.

Key words: *sleep, wakefulness, parasomnias, awakening disorders, FSP, SSP.*