



Диагностическая и терапевтическая тактика при нарушениях сна у детей

К.м.н. М.Г. ПОЛУЭКТОВ

В статье приведены наиболее распространенные формы расстройств сна у детей различных возрастных групп, принципы их диагностики и лечения.

Распространенность нарушений сна в детской популяции составляет 25%. При этом, в отличие от расстройств сна взрослых, отмечается тесная связь определенных нарушений с возрастным периодом развития ребенка. Для детей первых лет жизни характерны поведенческие инсомнии, дошкольников – парасомнии (ночные страхи, снохождение), старших школьников – инсомния, связанная с нарушением гигиены сна. В зависимости от возраста ребенка врачу-педиатру или детскому неврологу следует проявлять настороженность в отношении тех или иных нарушений сна и использовать соответствующие диагностические и лечебные алгоритмы (табл.).

Наиболее распространенной формой инсомнии в возрасте 1–3 лет (около 10%) является детская поведенческая инсомния. Выделяют две формы этого расстройства сна. При инсомнии по типу неправильных ассоциаций засыпания у детей формируются неправильные привычки, связанные со сном (например, потребность засыпать только при укачивании, кормлении). При попытке их устранить или скорректировать возникает

активное сопротивление со стороны ребенка, в результате время его сна сокращается. Такие дети не засыпают вечером без активного участия родителей, ночью много раз пробуждаются и требуют подхода взрослых и предоставления привычных ассоциаций. При инсомнии по типу неправильных установок сна ребенок отказывается засыпать в установленное время или в определенном месте, выражая свой протест частыми просьбами покормить, сводить в туалет, успокоить (симптом «зова из-за двери») или же приходит по ночам спать в родительскую постель.

Разработаны методы поведенческой терапии детской инсомнии, например, тактика «проверки и выдержки». Данный способ заключается в том, что ребенка укладывают спать только в его кроватку, родители игнорируют связанные с этим протесты в течение определенного времени, затем подходят, поправляют постель и снова возвращаются к себе. Это способствует изменению «неправильных» ассоциаций засыпания на «правильные» (сон в своей кроватке). В период изменения режима и преодоления протестного поведе-

ния у детей возможно назначение на короткое время легких седативных и снотворных препаратов, чаще сборов лекарственных трав и гомеопатических смесей.

В практическом аспекте важно понимать, что поведенческая инсомния составляет 90% всех случаев инсомнии в этом возрасте и лечить ее лекарственными препаратами бессмысленно, если это не сопровождается устранением неправильных ассоциаций.

Снохождение (сомнамбулизм, лунатизм) – повторяющиеся эпизоды комплексного поведения, возникающие обычно при неполном пробуждении из медленного сна и проявляющиеся хождением в состоянии спутанного сознания. Распространенность снохождения в детской популяции составляет 17% с пиком в 8–12 лет.

Чаще всего эпизоды снохождения наблюдаются в первой половине ночи, когда наиболее высока представленность глубоких (3-й и 4-й) стадий медленного сна. Ребенок может сесть в кровати, что-то бормотать или же встать и начать играть или выйти из комнаты. На обращенную к нему речь может не отвечать, говорить невпопад, но может давать и правильные ответы (так называемое рапортное снохождение). В большинстве случаев действия во время эпизода снохождения носят бессмысленный характер. Приступ прекращается самопроизвольно – ребенок воз-



Таблица. Нарушения сна у детей

Виды нарушений	Возраст, лет	Диагностика	Лечение
Инсомния	1–3	–	<ul style="list-style-type: none"> Ритуал укладывания (с применением успокаивающих средств гигиены) Поведенческая терапия (метод «проверки и выдержки») Лекарственная терапия (растительные седативные средства, гомеопатические препараты)
Снохождение	4–12 (пик в 11–12 лет)	Полисомнография: на ЭЭГ картина глубокого сна	<ul style="list-style-type: none"> Организация безопасного окружения сна Лекарственная терапия: бензодиазепины (клоназепам, нитразепам)
Ночные страхи	2–12 (пик в 4–12 лет)	Полисомнография: на ЭЭГ множественные артефакты движений	<ul style="list-style-type: none"> Организация безопасного окружения сна Лекарственная терапия: бензодиазепины (клоназепам, нитразепам)

вращается в постель или ложится спать в другом месте. При попытке разбудить развивается сопротивление, вплоть до агрессии, после пробуждения сохраняется конфузионное состояние и дезориентация. Важной характеристикой снохождения является отсутствие у ребенка наутро воспоминаний о случившемся. Нет связи приступа с содержанием сновидений.

В лечении снохождения выделяется два компонента: когнитивно-поведенческая терапия и лекарственное воздействие. В первую очередь требуется успокоить родителей, проинформировать их о доброкачественной природе этого состояния. Главной опасностью при эпизодах снохождения является возможность аутоагрессии, поэтому необходима организация безопасного окружения сна. Медикаментозное лечение назначается курсами по 1–3 недели в случае высокой частоты или интенсивности эпизодов снохождения. Наиболее эффективными препаратами являются клоназепам и нитразепам.

Ночные страхи характеризуются приступами пробуждений из медленного сна, сопровождающихся плачем или пронзительным вскриком, а также вегетативными и поведенческими проявлениями сильного страха. Распространенность этого состояния у детей оценивают в 6,5%. Родители застают ребенка сидящим в кровати

с открытыми глазами, выражением испуга на лице, дрожащим или вспотевшим. Он не отвечает на обращенные к нему вопросы, мышление после пробуждения какое-то время остается дезориентированным, спутанным. Ребенок часто бывает агрессивным при попытке его удержать, разбудить. Он может рассказывать о странных образах или вспоминать обрывки ярких сновидений. Обычно наутро эпизод амнезируется. В лечении ночных страхов придерживаются тех же принципов, что и при терапии снождений.

Для повседневной клинической практики важным является понимание доброкачественной природы снождений и ночных страхов (обычно они прекращаются к 12 годам) и необходимость исключения эпилептического характера приступов, что требует регистрации дневной/ночной электроэнцефалограммы (ЭЭГ).

Подростковые врачи чаще всего сталкиваются с таким нарушением, как инсомния, обусловленная нарушением гигиены сна (распространенность среди подростков достигает 1–2%). Это расстройство возникает обычно вследствие активной вечерней деятельности ребенка: игра на компьютере, телефонные разговоры и т.д. Такая деятельность сопровождается выраженной эмоциональной и когнитивной активацией, после чего требуется длительное время

для расслабления и перехода в состояние сна. Утром обычно нужно рано вставать в школу, что приводит к ограничению общего времени сна (подросткам необходимо 9 часов сна каждую ночь) и развитию сонливости, усталости днем, сложностей в усвоении учебного материала. К нарушениям гигиены сна также относят избыточное время, проводимое в постели в течение суток, периодические дневные засыпания, нерегулярное время утреннего подъема и отхода ко сну вечером. Употребление энергетических напитков, содержащих кофеин, колу, также препятствует нормальному засыпанию и является нарушением правил гигиены сна.

При этой форме инсомнии бывает достаточно установить жесткие рамки режима сна и устранить вышеупомянутые нарушения. Эффективным бывает добавление на короткое время седативных препаратов.

Следует иметь в виду, что вторичные формы инсомний у подростков (в структуре невротических реакций, синдрома вегетативной дистонии, синдрома дефицита внимания с гиперактивностью) встречаются значительно реже, чем инсомния, связанная с нарушением гигиены сна, и в большинстве случаев при них также требуется начинать терапию с нормализации режима и условий сна. ❁

недлительная