



Как лечить инсомнию раннего детского возраста

П.В. Пчелина, М.Г. Полуэктов

Адрес для переписки: Михаил Гурьевич Полуэктов, polouekt@mail.ru

Детская поведенческая инсомния – самое распространенное нарушение сна детей, значительно ухудшающее качество жизни родителей. Методами выбора в лечении этого расстройства являются поведенческая терапия и гигиена сна. При нарушении ассоциаций засыпания доказана эффективность методов постепенного погашения, проверки и выдержки, погашения в присутствии родителя, ритуала сна. При нарушении установок сна применяют тактику постепенного погашения и создание позитивной ассоциации с постелью. Выбор безопасного лекарственного средства для лечения детской инсомнии ограничен, а эффект фармакотерапии непродолжителен, так как она не устраняет причину нарушений сна. Однако лекарственная терапия может помочь ребенку и его семье адаптироваться к условиям сна в период поведенческой терапии.

Ключевые слова: сон, инсомния, детская поведенческая инсомния, поведенческая терапия, ритуал укладывания

Детская поведенческая инсомния

Детская поведенческая инсомния – это чрезвычайно распространенное расстройство сна, которое встречается у 20–30% детей грудного и раннего возраста. J. Mindell и соавт. (2006) предлагают следующее определение: «детская поведенческая инсомния – это повторяющиеся нарушения инициации, консолидации, продолжительности и качества сна,

которые возникают при наличии адекватных возрасту времени и условий для сна и приводят к различным нарушениям дневного бодрствования ребенка или семьи» [1]. Такие нарушения сна развиваются вследствие формирования у ребенка неправильных ассоциаций и/или установок засыпания. В зависимости от причины можно выделить несколько вариантов детской поведенческой инсомнии.

Детская поведенческая инсомния по типу нарушения ассоциаций засыпания. У ребенка формируется зависимость засыпания от наличия дополнительной стимуляции (кормления, укачивания, присутствия взрослого) или объекта (соска, бутылочка со смесью). Отсутствие такой стимуляции или объекта при укладывании или ночном пробуждении значительно откладывает засыпание и может уменьшить общее время сна ребенка. В связи с тем, что этот вариант нарушений сна встречается преимущественно у детей до полутора лет, он признается заболеванием только при следующих условиях: 1) предоставление ассоциации доставляет слишком большие неудобства (например, засыпание только при сильном укачивании или в движущейся машине); 2) отсутствие необходимой ассоциации значительно откладывает засыпание или иным образом нарушает сон; 3) засыпание при укладывании и в течение ночи требует частых вмешательств родителя [2].
Детская поведенческая инсомния по типу нарушения установок засыпания. Ребенок уклоняется или отказывается ложиться спать в определенное время, в опреде-



ленном месте. Этот тип инсомнии формируется при неадекватном или непостоянном установлении времени и места для сна родителями. Такие нарушения характерны для детей старше полутора лет, которые могут самостоятельно вылезать из кроватки.

Смешанная детская поведенческая инсомния объединяет черты двух описанных вариантов [2].

Любые нарушения сна детей нарушают сон родителей и, будучи поводом для беспокойства, усиливают их тревожность, «защелкнутость» на проблеме сна. Это может вызывать адаптивную инсомнию с вероятной последующей ее хронизацией, снижение работоспособности после бессонной ночи, материнскую депрессию. Эмоционально-аффективные нарушения у родителей в свою очередь усугубляют проблему, так как ребенок хорошо чувствует негативный настрой и напряженность родителя перед укладыванием и это препятствует его успокоению.

Влияние поведенческой инсомнии на здоровье и развитие ребенка проявляется в первую очередь в сфере психики и опосредовано двумя механизмами. Первый заключается в том, что сон необходим для нормального созревания мозга, обработки информации, долговременной памяти, обучения [3]. Особенно важную роль играет фаза быстрого сна. Об этом свидетельствует тот факт, что в первый год жизни, когда происходит скачок в интеллектуальном и психическом развитии ребенка, фаза быстрого сна занимает до 50% всего времени сна [4]. Второй механизм связан с дневной сонливостью, развивающейся вследствие недостаточного сна. Дневная сонливость отражается на функционировании префронтальной коры, которая связана с регуляцией таких когнитивных функций, как рабочая память, длительное поддержание деятельности и внимания, а также с планированием, выполнением целенаправленной деятельности [5].

Дневная сонливость особенно характерна для детей на втором десятилетии жизни, когда при необходимости раннего подъема на учебу они самостоятельно сдвигают укладывание на более позднее время. Дневную сонливость у детей школьного возраста можно оценить с помощью нейрофизиологических методик (множественного теста латентности сна и теста поддержания бодрствования). Оценить поведенческие проявления дневной сонливости у детей раннего возраста сложнее, так как они могут проявляться гиперактивностью и возбуждением [6].

Негативное влияние снижения продолжительности сна на выполнение тестов на внимание и оперативную память у детей было подтверждено как в экспериментальных исследованиях с депривацией сна, так и в исследованиях детей с нарушениями сна [7].

Исследования зависимости успеваемости от характеристик сна показали, что отличники спят в среднем дольше сверстников и, наоборот, у детей, имеющих проблемы с учебой, сон короткий и более прерывистый [8, 9].

Роль сна для физического развития связывают с выделением соматотропного гормона, влияющего на рост костей, анаболические процессы и синтез инсулиноподобного фактора роста 1, которые происходят в глубоком сне. Показано, что 80% суточной продукции гормона роста выделяется единым пульсом в первом цикле глубокого медленного сна. Нехватка глубоких стадий сна из-за сниженной продолжительности сна или частых пробуждений приводит к замедлению роста и прибавки массы тела у детей [10].

Гигиена сна

Сон ребенка грудного и раннего возраста является частью сложной и развивающейся регуляторной системы, включающей также кормление и отношения с родителем. Задача родителей –

создать безопасную и благоприятствующую самостоятельному сну обстановку.

При организации сна ребенка до одного года особое внимание должно быть уделено профилактике синдрома внезапной смерти младенцев от остановки дыхания, которая после проведения тщательного поиска причин остается необъяснимой. Правила безопасного сна Американской академии педиатрии для снижения риска синдрома внезапной смерти младенцев, впервые предложенные в 1992 г. и скорректированные в более поздних версиях, включают следующие рекомендации:

- ребенок должен спать на спине (для продвижения этих рекомендаций использовался слоган *back to sleep*);
- ребенок должен спать на жестком матрасе в кроватке, не загроможденной вещами (подушками, пледами, валиками, игрушками);
- кровать взрослых не соответствует требованиям безопасности детей, поэтому совместный сон детей до одного года с родителями не рекомендован. Допустим совместный сон в одной комнате;
- ребенку не должно быть жарко. Если в комнате прохладно, лучше одеть его теплее или использовать спальный мешок, но не укрывать одеялом во избежание случайного удушья, ни в коем случае нельзя накрывать ребенка с головой;
- в комнате, где спит ребенок, нельзя курить;
- грудное вскармливание и своевременная иммунизация снижают риск синдрома внезапной смерти младенцев [11].

Тугое пеленание, допустимое для успокоения совсем маленьких детей, небезопасно с точки зрения профилактики синдрома внезапной смерти младенцев. Из-за сдавливания грудной клетки ребенок не сможет сделать глубокий вдох, что в свою очередь создает предпосылки для разви-



тия легочной инфекции. Кроме того, пеленание ассоциировано с повышением риска дисплазии тазобедренных суставов. Из-за риска удушья нельзя пеленать ребенка, который научился переворачиваться со спины на живот.

Вопрос использования пустышек во время ночного сна остается спорным. Высказывались идеи о неблагоприятном влиянии этого предмета на процесс грудного вскармливания, формирование правильного прикуса. В то же время доказано, что ночное применение пустышек уменьшает среднюю частоту сердечных сокращений и выраженность боли у детей с различными формами патологии [12]. С 2005 г. Американская академия педиатрии рекомендует использование пустышек в ночное

время у детей до 12 месяцев для снижения риска синдрома внезапной смерти младенцев.

Создание обстановки, благоприятствующей сну, относится к вопросам гигиены сна.

Поведенческая терапия детской инсомнии по типу нарушения ассоциаций засыпания

Негативные ассоциации или установок засыпания, лежащие в основе детской поведенческой инсомнии, формируются, когда родители допускают засыпание младенца на руках или во время кормления, разрешают подростку ребенку засыпать вне своей кровати или позже, чем обычно. Одного-двух таких послаблений достаточно, чтобы нарушить нормальный режим укладывания на несколько дней, поэтому важно, чтобы каждый

день (в том числе в выходные дни и праздники) процесс укладывания проходил одинаково. В поездке или в гостях соблюдать режим и правила гигиены сна ребенка не всегда возможно, поэтому после возвращения домой могут возникнуть проблемы с укладыванием.

Стойкое формирование негативных ассоциаций и установок засыпания у ребенка, нарушающих дневную активность ребенка и родителей, проявляется детской поведенческой инсомнией, которая относится к категории хронических. Как и при инсомнии взрослых, существуют два варианта лечения этой формы инсомнии: лекарственная и поведенческая терапия.

Поведенческая терапия, подразумевающая развитие ассоциаций самостоятельного засыпания и навыков релаксации у ребенка, формирование ритуала засыпания, является методом выбора при детских поведенческих инсомниях [13]. Количество исследований, в которых оцениваются результаты этого метода, растет, а клинически значимая эффективность достигает 94% [1].

Самый известный и противоречивый метод поведенческой терапии – это метод оставления, который включает разные по степени участия родителей варианты.

Самый строгий вариант, предложенный M. Weissbluth, подразумевает, что после обычного ритуала укладывания (водные процедуры, уборка, переодевание, пожелание спокойной ночи) родитель оставляет ребенка в кроватке и уходит из комнаты, не реагируя на крики и зов. Авторы методики справедливо считают, что даже самый настойчивый ребенок не будет кричать всю ночь, а вскоре уснет самостоятельно. При ежедневном соблюдении этих правил ребенок научится засыпать самостоятельно уже к четвертой ночи. Несомненным минусом этой методики является чувство вины у родителей

NB

Правила гигиены сна детей

- ✓ Поддерживать постоянное время укладывания и утреннего подъема в течение недели, вне зависимости от праздников и выходных: позднее укладывание или подъем в выходные могут нарушить режим на несколько дней
- ✓ Строго ограничить любую активность в кровати (чтение, просмотр фильмов, прием пищи), кроме сна: это нарушает ассоциацию между постелью и сном
- ✓ Поддерживать комфортные условия в детской спальне/месте для сна: минимальный уровень освещенности, шума/«белый шум», умеренная температура воздуха, удобные матрас, подушка, постель, одежда для сна
- ✓ Процесс укладывания должен состоять из последовательных, ежедневно повторяющихся мероприятий: вечерний туалет, чтение на ночь
- ✓ Избегать возбуждающей активности (просмотр телевизора, видеоигры, общение со сверстниками, физическая активность) перед сном, а также при ночном пробуждении. Убрать видеоигры, телевизор, телефон, компьютер из комнаты ребенка
- ✓ Если ребенок спит днем, необходимо ограничить дневной сон во второй половине дня (после 16:00), а продолжительность дневного сна полутора-двумя часами
- ✓ Соблюдать режим питания: ребенок не должен ложиться спать ни голодным, ни переевшим. Перед укладыванием можно устроить легкий перекус
- ✓ Обеспечить достаточный уровень физической активности в течение дня
- ✓ Утром обеспечить достаточное освещение комнаты ребенка, чтобы стимулировать пробуждение
- ✓ Избегать употребления кофеина (кофе, чай, шоколад, кола) во второй половине дня
- ✓ Ведение дневника ночного и дневного сна, дневной активности позволяет выявить проблемы, которые мешают установить режим и достичь здорового сна



и труднопреодолимое желание нарушить правила и успокоить ребенка [14].

Более мягкий вариант методики погашения, метод «проверки и выдержки», предложен R. Ferber [15].

1. После вечернего ритуала родитель укладывает ребенка в кроватку и уходит из комнаты.

2. В течение 15 минут родитель находится вне комнаты, игнорируя возмущение ребенка.

3. Если через 15 минут ребенок не заснул, родитель подходит, проверяет, все ли в порядке, поправляет постель, снова укладывает ребенка и уходит.

4. Пункты 2 и 3 повторяются, пока ребенок не уснет. Каждый следующий период ожидания увеличивается на две-три минуты.

5. При ночном пробуждении ребенка родитель не подходит к нему 15 минут, чтобы дать ребенку возможность уснуть самостоятельно.

6. Если через 15 минут ребенок не заснул, родитель подходит, проверяет, все ли в порядке, поправляет постель, снова укладывает ребенка и уходит.

7. Пункты 5 и 6 повторяются, пока ребенок не уснет. Каждый следующий период ожидания увеличивается на две-три минуты.

8. На следующую ночь период ожидания равен максимальному достигнутому времени ожидания за предыдущую ночь.

9. За счет постепенного увеличения времени ожидания за несколько ночей период ожидания должен увеличиться до 30 минут. За счет проверок этот метод кажется родителям более приемлемым, однако сами проверки замедляют выработку привычки самостоятельного засыпания.

Зачастую родители, которым такой подход кажется слишком жестоким, после нескольких периодов ожидания все-таки представляют ребенку требуемую ассоциацию засыпания (возвращаются к выниманию его из кроватки, кормлению, укачиванию). Это значительно удлиняет

процесс выработки привычки самостоятельного засыпания, так как ребенок чувствует, что его требования могут увенчаться успехом. Исследования показывают, что эти методики, как и сильный длительный плач в раннем возрасте, не сказываются отрицательно на взаимоотношениях ребенка и родителей, сне, поведении и психических показателях ребенка в более старшем возрасте. При строгом и последовательном подходе методики погашения при детской поведенческой инсомнии с нарушением ассоциаций засыпания позволяют достигнуть эффекта уже на третью-четвертую ночь. Максимальная продолжительность лечения, которая наблюдается очень редко, составляет полторы недели.

Методы погашения достоверно увеличивают как период сна без пробуждений, так и период сна с пробуждениями, за которыми следует самостоятельное засыпание [16, 17]. Однако эти методы не должны применяться у детей в возрасте до шести месяцев. Накапливаются данные о том, что, улучшая количественные показатели, метод погашения при детской инсомнии не уменьшает выраженность детских криков и материнской депрессии – основных проблем, с которыми родители обращаются к врачу [18, 19]. Отсутствие облегчения состояния матери, страдающей депрессией, и улучшения сна у родителей можно объяснить тем, что эти состояния связаны не с продолжительностью сна ребенка, а с предрасположенностью к психофизиологической гиперактивации, толчком для развития которой послужил уход за новорожденным ребенком [20]. Существуют опасения, что обучение детей самостоятельному засыпанию в возрасте до шести месяцев может даже нанести вред, поскольку его влияние на процесс грудного вскармливания непредсказуемо, а ребенок в этом возрасте все еще нуждается в ночных кормлениях [21].

Недостаточно изучен эффект вызываемого методиками погашения разрушения физиологической гормональной и поведенческой синхронизации между матерью и ребенком, заключающейся в своевременном и адекватном ответе матери на потребность ребенка в еде или сне [22]. Вышеописанные недостатки методик погашения для детей до шести месяцев побуждают искать другие способы борьбы с детской инсомнией. В качестве вариантов можно рассматривать еще более «мягкий» вариант методики погашения – погашение в присутствии родителя и формирование ритуала сна. В первом случае родитель находится в комнате, где должен заснуть ребенок, но с каждой ночью он уделяет ребенку все меньше и меньше внимания.

1. Родитель укладывает ребенка в кроватку, а сам находится рядом, пока ребенок не заснет. Если размеры кровати позволяют, родитель может лежать рядом с ребенком.

2. В следующие ночи родитель продолжает находиться рядом с ребенком, но постепенно сокращает количество прикосновений и общения с ребенком, сидит рядом вместо того, чтобы лежать. При этом родитель намеренно занимается спокойными посторонними делами (например, чтением), а не ребенком.

3. Родитель укладывает ребенка в кроватку, а сам сидит на стуле в 5 метрах от нее, пока ребенок не заснет.

4. В следующие ночи стул следует постепенно отодвигать на все большее расстояние от кроватки.

5. На следующем этапе можно попробовать выходить из комнаты на несколько секунд, возвращаясь до того, как ребенок начнет плакать.

6. При ночных пробуждениях родитель повторяет действия при укладывании на этом этапе. Каждый этап можно удлинять на несколько дней, чтобы избежать резкой негативной реакции со стороны ребенка [23].



Формирование ритуала укладывания эффективно при нарушениях сна у детей любого возраста. Чем раньше формируется ритуал укладывания, тем меньше вероятность возникновения проблем со сном у детей раннего возраста: они быстрее засыпают и спят дольше [24].

Ритуал должен быть предсказуемым, регулярным, позитивным, расслабляющим и совпадать со временем, когда ребенок сонлив. Он может включать в себя три-четыре этапа общей продолжительностью 20–45 минут: уборка игрушек и пожелание им спокойной ночи, вечерний туалет, переодевание в пижаму, чтение сказки на ночь, колыбельная. Последняя часть ритуала укладывания проводится уже в постели.

Если ребенок отказывается ложиться спать в установленное время, необходимо придерживаться следующей последовательности действий.

1. Перенести ритуал и укладывание на то время, которое устраивает ребенка. Для маленьких детей, которые не могут определить время укладывания, нужно ориентироваться по признакам сонливости: потеря интереса к окружающим людям и предметам, жесты «рука к лицу», зевание, покраснение век.

2. В течение нескольких ночей, когда ребенок будет ложиться в установленное время, у него появится иллюзия контроля над ситуацией, а также сформируется более прочная ассоциативная связь между ритуалом укладывания и сонливостью.

3. После этого ритуал и укладывание можно будет постепенно смещать на 15–20 минут раньше и за несколько дней без сопротивления со стороны ребенка достигнуть требуемого времени укладывания [25].

Сформированная ассоциация между ритуалом и засыпанием позволяет предупредить нарушение установок времени засыпания в дальнейшем.

После достижения возраста 12 месяцев, когда снижается риск

синдрома внезапной младенческой смерти, при укладывании можно использовать предметные посредники – мягкую игрушку, собственную подушку ребенка, вещь, принадлежащую маме и имеющую ее запах. Это создает ощущение стабильности и помогает сохранить режим укладывания, даже если ребенок вынужден засыпать в незнакомом месте.

Поведенческая терапия детской инсомнии по типу нарушения установок засыпания

После возраста 18 месяцев ребенок уже может выбирать из кровати и активно отказываться от определяемых родителями установок сна (укладывание в определенное время, сон только в своей кровати). Подростший ребенок стремится проявить собственную инициативу и независимость, вместе с тем он становится чувствительнее к запретам и наказаниям. Интеллектуальное и речевое развитие создают благоприятную почву для воображения, что может привести к страху перед укладыванием, который отмечается более чем у 70% детей до шести лет. Страхи усложняют процесс укладывания, затрудняют засыпание и могут привести к ночным кошмарам [26].

Неправильная установка места засыпания заключается в отказе ребенка спать в своей кровати/комнате. Ребенок будет настаивать на том, чтобы засыпать в постели с родителями или в общей комнате, при просмотре телевизора.

Детям может казаться, что самое интересное происходит после того, как они засыпают. Для того чтобы разуверить их, родителям не стоит вести активную деятельность после укладывания, необходимо включить в комнатах приглушенный свет, избегать громких звуков, разговоров и создать видимость подготовки ко сну.

При этих проблемах также используется методика постепенного погашения, которая заключается в следующем.

1. После вечернего ритуала родитель укладывает ребенка в кровать, прощается с ним.

2. Если ребенок пытается оттянуть момент засыпания и просит родителя рассказать еще сказку (поговорить, посидеть), родитель под предлогом «неотложных дел» уходит, но обещает вернуться через пять минут.

3. Через семь – десять минут родитель ненадолго возвращается, чтобы проверить ребенка, но опять уходит под тем же предлогом и обещает, что вернется через десять минут.

Эта тактика также создает для ребенка иллюзию контроля над ситуацией, кроме того, лежа в постели в темноте, он не может адекватно оценивать прошедшее время. Если ребенок привык спать в постели родителей, но они в определенный момент делают выбор в пользу раздельного сна, переход малыша к самостоятельному сну должен быть постепенным и последовательным.

Для ребенка, который может выбраться из кровати и дойти до спальни родителей, в первые ночи следует положить отдельный матрас рядом с родительской кроватью. Затем матрас переносят в отдельную комнату в кровать ребенка, но разрешают ему приходить в спальню родителей через одну-две ночи, постепенно увеличивая количество ночей самостоятельного сна. В дальнейшем можно разрешить ребенку приходить в спальню родителей при определенных условиях: после звонка будильника или утром в выходной день. При этом следует установить положительную ассоциацию со своим спальным местом. Для этого можно привлечь ребенка к выбору постельного белья, пижамы, занавесок в спальню и других элементов обстановки, использовать сюжетно-ролевые игры и сказки.

При страхе перед укладыванием можно применять релаксационные методики: мышечную релаксацию, глубокое дыхание, управляемую работу воображения по разрушению своих страхов под контролем психолога [27].



Необходимо положительно закреплять результаты, например, наклеивать стикеры в календаре или дневнике за каждое самостоятельное и своевременное засыпание, ночь без пробуждений, практиковать систему вознаграждений, избегать наказаний за неудачные попытки [28].

Основой любого метода поведенческой терапии являются четкое следование установленным правилам и последовательный переход от одного этапа к другому. Нарушение этих правил приведет к тому, что время лечения увеличится или методика окажется неэффективной [29].

Лекарственная терапия поведенческих инсомний

Второй вариант лечения детской поведенческой инсомнии – терапия лекарственными препаратами. При этом сразу же необходимо отметить ограниченное количество средств такого рода, разрешенных для использования у детей.

В США опрос семей, в которых у детей имелись нарушения сна, показал, что в 80% случаев им все же назначали лекарства [30]. При этом одобренных Управлением по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов (FDA) средств для лечения инсомнии у детей не существует. Исследования показывают, что, несмотря на быстрый положительный эффект фармакотерапии, после окончания

лечения он быстро исчезает, так как основная причина поведенческой бессонницы не корректируется [31].

Методами доказательной медицины для лекарственного лечения инсомний раннего возраста показана эффективность лишь тримепразина (алимемазин) и нипразина (фенотиазиновые антигистаминные), первый из которых в России разрешен для назначения детям с возраста семи лет. Однако во врачебной практике чаще всего используют средства, обладающие седативным эффектом как одним из побочных. Например, ноотропные средства седативного спектра: препараты аминокислоты (Фенибут), сборы седативных трав (валериана, пустырник, пион), успокаивающие чаи (с фенхелем, ромашкой). Снотворным действием также обладают такие препараты, разрешенные к применению у детей, как дифенилгидрамин, гидроксизин, диазепам.

Гомеопатические препараты с седативными свойствами привлекают родителей и врачей в связи с их безопасностью. В качестве примера такого средства для детей с нарушениями сна можно привести немецкий препарат Дормикинд. В состав препарата входит набор активных растительных ингредиентов, доказавших свою эффективность при нарушениях сна: башмачок настоящий (уменьшает возбудимость при ночных пробуждениях

из сна), магния карбонат (уменьшает раздражительность, возникающую у детей к вечеру), цинка валерианат (при бессоннице от сильного возбуждения) – показания цитируются по Словарю практической медицины *Materia Medica* (2001) [32].

Дормикинд был разработан специально для детей. Препарат обладает высоким уровнем безопасности, что позволяет использовать его с первых дней жизни, в том числе у грудных детей. Детям до шести лет препарат назначается в дозе одна таблетка четыре раза в день. Таблетки рассасываются во рту или разводятся в небольшом (5 мл – одна чайная ложка) количестве жидкости [33].

Заключение

Как врачам, так и родителям стоит обратить внимание на возможность использования седативных средств не только при нарушениях сна, ассоциированных с какими-либо острыми состояниями (соматическим неблагополучием, изменением окружающих условий), но и в период применения поведенческих методик лечения детской инсомнии, особенно таких радикальных, как метод погашения, метод проверки и выдержки. Легкий снотворный эффект позволит ребенку и его семье быстрее и проще перейти к новым установкам и ассоциациям или закрепить эффект при формировании ритуала укладывания. *

Литература

1. Mindell J.A., Kuhn B., Lewin D.S. et al. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children // *Sleep*. 2006. Vol. 29. № 10. P. 1263–1276.
2. The International classification of sleep disorders [Diagnostic and coding manual]. 3rd ed. USA: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
3. Frank M.G., Benington J.H. The role of sleep in memory consolidation and brain plasticity: dream or reality? // *Neuroscientist*. 2006. Vol. 12. № 6. P. 477–488.
4. Principles and practice of pediatric sleep medicine / ed. by S.H. Sheldon, R. Ferber, M.H. Kryger. USA: Elsevier Saunders, 2014.
5. Horne J.A. Human sleep, sleep loss and behaviour. Implications for the prefrontal cortex and psychiatric disorder // *Br. J. Psychiatry*. 1993. Vol. 162. P. 413–419.
6. Fallone G., Owens J.A., Deane J. Sleepiness in children and adolescents: clinical implications // *Sleep Med. Rev.* 2002. Vol. 6. № 4. P. 287–306.
7. Sadeh A., Gruber R., Raviv A. Sleep, neurobehavioral functioning, and behavior problems in school-age children // *Child Dev.* 2002. Vol. 73. № 2. P. 405–417.
8. Wolfson A.R., Carskadon M.A. Sleep schedules and daytime functioning in adolescents // *Child Dev.* 1998. Vol. 69. № 4. P. 875–887.
9. Kahn A., Van de Merckt C., Rebuffat E. et al. Sleep problems in healthy preadolescents // *Pediatrics*. 1989. Vol. 84. № 3. P. 542–546.



10. Van Cauter E., Copinschi G. Interrelations between growth hormone and sleep // Growth Horm IGF Res. 2000. Vol. 10. Suppl. B. P. S57–S62.
11. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment // Pediatrics. 2011. Vol. 128. № 5. P. 1030–1039.
12. Campos R.G. Rocking and pacifiers: two comforting interventions for heelstick pain // Res. Nurs. Health. 1994. Vol. 17. № 5. P. 321–331.
13. Vriend J., Corkum P. Clinical management of behavioral insomnia of childhood // Psychol. Res. Behav. Manag. 2011. Vol. 4. P. 69–79.
14. Weissbluth M. Healthy sleep habits, happy child. USA: Ballantine Books, 2005.
15. Ferber R. Solve your child's sleep problems. USA: Prentice Hall & IBD, 2006.
16. Galland B.C., Taylor B.J., Elder D.E., Herbison P. Normal sleep patterns in infants and children: a systematic review of observational studies // Sleep Med. Rev. 2012. Vol. 16. № 3. P. 213–222.
17. Henderson J.M., France K.G., Owens J.L., Blampied N.M. Sleeping through the night: the consolidation of self-regulated sleep across the first year of life // Pediatrics. 2010. Vol. 126. № 5. P. e1081–e1087.
18. St James-Roberts I., Sleep J., Morris S. et al. Use of a behavioral programme in the first 3 months to prevent infant crying and sleep problems // J. Paediatr. Child Health. 2001. Vol. 37. № 3. P. 289–297.
19. Symon B.G., Marley J.E., Martin J.A. et al. Effect of a consultation teaching behaviour modification on sleep performance in infants // Med. J. Aust. 2005. Vol. 182. № 5. P. 215–218.
20. Douglas P.S., Hill P.S. Behavioral sleep interventions in the first six months of life do not improve outcomes for mothers or infants: a systematic review // J. Dev. Behav. Pediatr. 2013. Vol. 34. № 7. P. 497–507.
21. Douglas P.S., Hill P.S., Brodribb W. The unsettled baby: how complexity science helps // Arch. Dis. Child. 2011. Vol. 96. № 9. P. 793–797.
22. Middlemiss W., Granger D.A., Goldberg W.A., Nathans L. Asynchrony of mother-infant hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity following extinction of infant crying responses induced during the transition to sleep // Early Hum. Dev. 2012. Vol. 88. № 4. P. 227–223.
23. Skuladottir A., Thome M. Changes in infant sleep problems after a family-centered intervention // Pediatr. Nurs. 2003. Vol. 29. № 5. P. 375–378.
24. Mindell J.A., Li A.M., Sadeh A. et al. Bedtime routines for young children: a dose-dependent association with sleep outcomes // Sleep. 2015. Vol. 38. № 5. P. 717–722.
25. Adams L.A., Rickert V.I. Reducing bedtime tantrums: Comparison between positive bedtime routines and graduated extinction // Pediatrics. 1989. Vol. 84. № 5. P. 756–761.
26. Muris P., Merckelbach H., Ollendick T.H. et al. Children's nighttime fears: parent-child ratings of frequency, content, origins, coping behaviors and severity // Behav. Res. Ther. 2001. Vol. 39. № 1. P. 13–28.
27. Muris P., Verweij C., Meesters C. The 'Anti-monster Letter' as a simple therapeutic tool for reducing night-time fears in young children // Behav. Change. 2003. Vol. 20. № 4. P. 200–207.
28. Корабельникова Е.А. Детский сон. Зеркало развития ребенка. М.: Владос-Пресс, 2009.
29. Сомнология и медицина сна / под ред. Я.И. Левина, М.Г. Полуэктова. М.: Медфорум, 2013.
30. Stojanovski S.D., Rasu R.S., Balkrishnan R., Nahata M.C. Trends in medication prescribing for pediatric sleep difficulties in US outpatient settings // Sleep. 2007. Vol. 30. № 8. P. 1013–1017.
31. Ramchandani P., Wiggs L., Webb V., Stores G. A systematic review of treatments for settling problems and night waking in young children // BMJ. 2000. Vol. 320. № 7229. P. 209–213.
32. Кларк Д.Г. Словарь Практической Materia Medica в 6 томах. М.: Гомеопатическая медицина, 2001.
33. Дормикинд (Dormikind): описание лекарственного препарата, основано на официально утвержденной инструкции по применению препарата // www.vidal.ru/drugs/dormikind__35262 (дата обращения 16.05.2016).

How to Treat Insomnia of Early Childhood

P.V. Pchelina, M.G. Poluektov

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Mikhail Guryevich Poluektov, polouekt@mail.ru

Behavioral insomnia of childhood is the most common sleep disorder in children significantly affecting parents' quality of life. Behavioral therapy and sleep hygiene are the treatment of choice for the behavioral insomnia of childhood. Extinction method, graduated extinction method and bedtime routine were shown to be effective for sleep-onset association insomnia. Faded bedtime and positive association were helpful for limit-setting insomnia. Medication choice for childhood behavioral insomnia is limited and pharmacotherapy effect is short-term since it does not remove the cause of sleep disturbance. Pharmacotherapy however could be useful within the course of behavioral training to help baby and their family adapt themselves to new settings and associations of sleep.

Key words: sleep, insomnia, behavioral insomnia of childhood, behavioral therapy, bedtime routine

ДОРМИКИНД
Dormikind®

**Сказочный сон
и ночью, и днем!**



Коррекция нарушений сна у детей с рождения

www.dormikind.ru

Реклама



DEUTSCHE
HOMÖOPATHIE-
UNION

Официальный представитель в России: ООО «Альпен Фарма»
Россия, 117513, г. Москва, ул. Островитянова, д.6
Тел./факс: +7 (495) 609-65-72, www.alpenpharma.com, info.russia@alpenpharma.com

