

Федеральное государственное
автономное образовательное учреждение высшего образования
ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

М.Г. Полуэктов, П.В. Пчелина, С.Л. Центерадзе

РАССТРОЙСТВА СНА У ДЕТЕЙ

Учебное пособие

Москва
2024

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Инсомния (бессонница)	6
Нарушения дыхания во сне	14
Парасомнии	19
Расстройства движений во сне	24
Расстройства цикла «сон – бодрствование»	27
Гиперсомнии	29
Заключение	32
Рекомендуемая литература	33
Приложение	36

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

доктор медицинских наук,
профессор кафедры нервных болезней ИПО
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Москва)
Е.А. Корабельникова

доктор медицинских наук,
профессор кафедры детских болезней
Института медицинского образования СЗФМИЦ
им. В.А. Алмазова (Санкт-Петербург)
И.А. Кельмансон

В данном учебном пособии представлены сведения о часто встречающихся в педиатрической практике расстройствах сна согласно 3-й версии Международной классификации расстройств сна (2014 г.). Излагаются основные патофизиологические аспекты нарушений сна и бодрствования у детей в разные возрастные периоды, клинические особенности этих состояний, их диагностические критерии и способы лечения.

Полноценный ночной сон имеет большое функциональное значение для детского организма. В частности, доказано, что выделение гормона роста (соматотропного гормона) и синтез маркера его секреции — инсулиноподобного фактора роста-1 происходит именно в первом периоде медленного сна. Дефицит глубоких стадий у детей с расстройствами дыхания во сне приводит к замедлению у них темпов роста и прибавки массы тела. Обструктивные апноэ сна вызывают повышение давления в системе легочной артерии и способствуют формированию легочного сердца, развитию нарушений ритма и системной гипертензии в детском возрасте. Доказана значимость правильно организованного сна ребенка для его нормального психического и когнитивного развития. Такие нарушения сна, как инсомнии, оказались тесно связанными с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, агрессивностью, поведенческими и эмоциональными нарушениями, отставанием в развитии когнитивных функций у детей.

Возможности диагностики нарушений сна в педиатрической популяции существенно ограничены тем, что дети младшего возраста не могут выразить свои жалобы иначе, как эмоциональными проявлениями (крик, плач), а речевых навыков даже у старших не всегда достаточно, чтобы сформулировать правильно свои жалобы и ответить на вопросы врача. Спектр лекарственных препаратов, разрешенных при нарушениях сна в этом возрасте, также невелик из-за недостаточной доказательной базы. Кроме того, существует проблема недостаточного внимания и знаний врачей об особенностях нарушений сна у детей, наряду с низкой доступностью диагностического оборудования. Необходимость рассматривать детскую сомнологию отдельно от взрослой, помимо прочего, обусловлена иной структурой заболеваемости, продолжительностью и структурой сна детей разного возраста (табл. 1).

Таблица 1. Потребность во сне у детей в различные возрастные периоды (по J. Mindell и J. Owens, 2010)

Возраст	Диапазон продолжительности сна в сутки, часы	Средняя продолжительность сна, часы
0–2 месяца	10–19 ч	13,0–14,5
2–12 месяцев	9–10 ч ночью + 3–4 ч днем	12–13
1–3 года	9,5–10,5 ч ночью + 2–3 ч днем	11–13
3–5 лет	9–10 ч	9–10
6–12 лет	9–10 ч	9–10
13–18 лет	При необходимой продолжительности 9–9,5 ч большинство спит 7–7,5 ч	Необходимая продолжительность 9,25 ч

ИНСОМНИЯ (БЕССОННИЦА)

Распространенность

Инсомния является самым частым нарушением сна в детском возрасте. Ее распространенность среди дошкольников составляет до 36%, среди младших школьников — 20% и среди подростков — 11% (D. Combs, 2016). Пик встречаемости этого вида нарушений сна приходится на возраст 1–5 лет (D. Kim, 2017).

Определение

При подготовке Международной классификации расстройств сна 3-го пересмотра медицинским сообществом было принято решение отказаться от выделения различных этиопатогенетических вариантов инсомнии и оставить 3 типа инсомнии: острая, хроническая и неопределенная. В связи с этим в прошлое ушли диагнозы «детская поведенческая инсомния по типу нарушения ассоциаций засыпания или установок сна» и «вторичная инсомния».

Для постановки диагноза «инсомния» у детей должны выполняться те же критерии, что и у взрослых: 1) наличие жалоб на проблемы сна в виде трудностей засыпания, частых пробуждений, длительного бодрствования в течение ночи, слишком раннего утреннего пробуждения; 2) связанные с этим нарушения дневного функционирования, которые у детей чаще всего включают гиперактивность, трудности концентрации внимания и запоминания, плохую успеваемость при обучении, плохое

настроение или утомляемость; 3) эти симптомы не объясняются неподходящими условиями (например, если ребенок вынужден спать в шумном или избыточно освещенном помещении) или нехваткой времени для сна; 4) они отмечаются не реже 3 ночей в неделю. Для постановки диагноза *острая инсомния* данные жалобы должны отмечаться не менее 3 месяцев, *хроническая инсомния* диагностируется при длительности заболевания более 3 месяцев.

Симптомы

В младенческом и дошкольном возрасте инсомнии обычно бывают связаны с неправильными ассоциациями сна и установками засыпания, их доля составляет 10–30%. К ночным симптомам и дневным последствиям инсомнии у детей этого возраста нередко причисляют значительное сокращение сна родителей, влияние на их самочувствие и на дневной распорядок. Ассоциации засыпания принято делить на *позитивные* и *негативные*. Если позитивные (например, сон в своей кроватке) способствуют самостоятельному засыпанию ребенка, то негативные обычно связаны с взаимодействием с родителями:

- засыпание во время кормления грудью или из бутылочки;
- засыпание при укачивании, пении колыбельной;
- совместный сон в одной кровати.

Так называемые негативные ассоциации на деле являются неотъемлемой частью ухода за ребенком, становления грудного вскармливания, формирования привязанности между ребенком и родителями, что очень важно для психологического здоровья ребенка. В связи с этим такие ассоциации являются весьма распространенными. В США более 70% детей первого полугодия жизни засыпают в присутствии взрослого или при кормлении. На втором полугодии эти показатели снижаются до 50%, совместный сон наблюдается у 26% семей. К 1 году способность к самостоятельному засыпанию без помощи взрослых формируется у 59% детей. В российской популяции отмечается схожая динамика ассоциаций засыпания: большинство детей засыпают исключительно в присутствии родителей, к 3–4 годам ассоциации засыпания в присутствии взрослого сохраняются у 55% детей.

Привычки засыпания во многом определяются культурно-этнической принадлежностью и социально-экономическим статусом родителей. В культуре народов Азии, Африки, стран Латинской Америки совместный сон всех членов семьи является нормой, в то время как в России, странах Европы и Северной Америки такая практика встречается редко, по-

этому решение, будет ли ребенок спать самостоятельно, принимается родителями.

Задачей врача является предоставление информации о возможных позитивных и негативных последствиях, а также своевременное выявление «реактивного совместного сна» (в 46%), когда такой стиль сна практикуется как способ успокоить ребенка, у которого есть другие нарушения сна (например, расстройства дыхания во сне, кошмары). Истинные причины беспокойного сна у детей требуют прицельного рассмотрения и осуществления мероприятий по их устранению. Американская академия педиатрии (The American Academy of Pediatrics — AAP) не рекомендует совместный сон у детей до 1 года в связи с риском случайного удушья, о чем также необходимо предупредить родителей. Если они хотят сохранить совместный сон, решением может стать правильная организация места для сна: отказ от лишних постельных принадлежностей (подушек, одеял), достаточно жесткий матрас и устранение риска для ребенка упасть или застрять между матрасом и кроватью.

Таким образом, отказ от негативных ассоциаций не является обязательным для семей с детьми до 1 года. Однако если в какой-то момент родители принимают решение отказаться от ночных кормлений и совместного сна, то не стоит ожидать, что ребенок самостоятельно научится засыпать в собственной кроватке сразу же. Столкнувшись с новыми правилами ребенку непонятно, почему он должен оставаться один в темноте вместо привычного приятного взаимодействия со взрослыми, он не имеет практики засыпания в такой незнакомой обстановке. Малыш пытается вернуть привычную ассоциацию, протестует, плачет. Родители при этом могут думать, что ребенок голоден или у него что-то болит, и начинают его снова кормить или укачивать. Часто эти действия бывают продиктованы опасением, что ночные пробуждения и беспокойство плохо отразятся на здоровье малыша, или же негативной реакцией на детский плач и желанием скорее лечь спать самим. При таких действиях родителей происходит подкрепление и даже усиление негативной ассоциации, поскольку ребенок понимает, что активный протест поможет ему получить желаемое.

Короткие ночные пробуждения являются распространенным и совершенно нормальным явлением для детей грудного возраста. Однако отсутствие привычных условий при таком пробуждении вновь вызывает у ребенка беспокойство и протесты или просто удлиняет период засыпания. Ребенок может привыкнуть засыпать не только в присутствии родителя, но и при потреблении детской смеси из бутылочки. Прием

большого количества жидкости приводит затем к новым пробуждениям из-за участвовавших позывов на мочеиспускание (3–8 раз за ночь).

У детей школьного возраста инсомния может развиваться по другим причинам. Чаще всего это затруднение адаптации к повышению физической и умственной нагрузки, связанные с этим переживания. У старших школьников бессонница усугубляется из-за нарушения режима, когда ребенок начинает жертвовать сном ради учебы.

Было показано, что дети с расстройствами нервно-психического развития чаще страдают инсомнией, чем их здоровые сверстники. Спектр расстройств нервно-психического развития включает расстройства развития интеллекта, нарушения развития речи, расстройства аутистического спектра, синдром дефицита внимания и гиперактивности, специфические расстройства обучения, расстройства развития двигательной сферы (DSM-5, D. Morris-Rosendahl, 2020). Эти расстройства имеют мультифакториальную природу: генетические механизмы, перинатальные повреждения мозга, неблагоприятные внешнесредовые (экологические) воздействия. У 16,5% пациентов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности отмечаются трудности инициации сна, а у 39% — частые ночные пробуждения. Наиболее очевидным объяснением инсомнии в этой группе представляется эмоциональная и поведенческая реакция на академическую и социальную неуспеваемость, хотя высказываются предположения и об органических причинах инсомнии. По-видимому, инсомния у детей с расстройствами нервно-психического развития имеет такой же патогенез, что и инсомния у взрослых: наличие предрасполагающей гиперактивации нервной системы, провоцирующих факторов в виде увеличения нагрузки, к которой ребенку сложно адаптироваться, и присоединяющиеся нарушения режима, поскольку таким детям приходится больше заниматься в домашних условиях.

Диагностика и дифференциальная диагностика

Для постановки диагноза детской поведенческой инсомнии достаточно расспросить родителей о режиме и привычках сна ребенка. Однако следует помнить, что нарушения инициации и консолидации сна могут возникать на фоне соматических заболеваний. У детей младшего возраста сон часто нарушается в связи с дискомфортом в животе и кожным зудом при лактазной недостаточности и аллергии на белок коровьего молока, входящего в состав некоторых питательных смесей. Другими причинами могут быть заболевания, сопровождающиеся болью и жаром. В таких случаях дифференциальной диагностике с детской поведенческой инсомнией помогают дневные проявления этих заболеваний. Некото-

рые лекарственные препараты, назначаемые, например, при расстройствах нервно-психического развития (психостимулянты), также могут негативно влиять на ночной сон и должны приниматься в расчет. Как правило, подробного сбора информации о времени появления жалоб на сон, совпадении их с появлением ночных и дневных симптомов или началом приема лекарственных препаратов бывает достаточно, чтобы заподозрить настоящую причину инсомнии.

Следует помнить, что инсомния нередко является реакцией ребенка любого возраста на неблагоприятную обстановку в семье. Это могут быть стресс и депрессия родителей, разногласия между супругами, развод, финансовые или карьерные проблемы. Стрессы (переезд, покупка новой детской кровати или мебели, рождение еще одного ребенка, смерть члена семьи или домашнего животного), переход на новый этап развития могут вызвать кратковременные нарушения сна даже у здорового ребенка, однако возможность хронизации этих нарушений во многом определяется реакцией взрослых.

Лечение

В лечении детской поведенческой инсомнии главная роль отводится не лекарственным подходам: соблюдению правил гигиены сна и методам поведенческой терапии. Если варианты поведенческой терапии будут зависеть от возраста ребенка, то правила гигиены сна являются универсальными для детей всех возрастов. Рекомендации по гигиене сна направлены на создание условий, способствующих сну: обеспечения достаточного затемнения комнаты, снижения уровня шума или создания «белого шума», комфортной температуры воздуха в детской комнате.

Необходимо установить и придерживаться определенного времени укладывания. Активные, возбуждающие игры и другая деятельность должны прекращаться за 1–2 часа до укладывания. Дневной сон, если ребенок в нем нуждается, должен быть организован в полуденное или раннее вечернее время (до 15–16 часов), продолжительность его не должна превышать 1,5–2 часа. Не следует укладывать детей спать голодными или через длительное время после кормления (более 2 часов). Прием ребенком теплой ванны перед сном запускает естественный циркадный ритм вечернего снижения температуры, так как тело после купания в теплой воде остывает, как это происходит и при засыпании. Реже водные процедуры оказывают на ребенка возбуждающее действие, в таком случае их стоит перенести на более раннее время.

Особую роль в лечении инсомнии у детей играет ритуал укладывания. Он должен отвечать нескольким требованиям: быть регулярным, расслабляющим, позитивным, последняя часть ритуала укладывания проводится уже в постели. Он может включать в себя 3–4 этапа общей продолжительностью 20–45 минут: уборка игрушек и пожелание им спокойной ночи, вечерний туалет, переодевание в пижаму, чтение сказки на ночь, колыбельная. Хорошей ассоциацией может стать предмет, который ребенок каждую ночь берет с собой в постель («предметный посредник»). Таким предметом может стать мягкая игрушка, собственная подушка ребенка, вещь, принадлежащая маме и имеющая ее запах. Утром следует обеспечить достаточный уровень освещения для ускорения переключения ритмов сна — бодрствования на дневной режим.

Рекомендации по обеспечению оптимальных условий сна ребенка приведены в табл. 2.

Таблица 2. Правила гигиены сна детей и примеры их нарушения

Правильно	Неправильно
За 1–2 часа до укладывания предупредить ребенка о том, что нужно готовиться ко сну. В это время предпочтение отдается спокойным играм, чтению, уборке игрушек. Просмотр мультфильмов, видеоигры и пользование интернетом ограничиваются	Подвижные, громкие, возбуждающие игры перед сном
Кофеинсодержащие и другие стимулирующие продукты исключаются из рациона во второй половине дня	Употребление крепкого чая, коласодержащих напитков перед сном
Если ребенок спит днем, то подъем после дневного сна должен происходить не позднее 16:00. Его продолжительность не должна превышать 1,5–2 часа. Если ребенок спит 2 раза в день и более, то продолжительность бодрствования между вторым, последним сном и вечерним укладыванием должна быть максимальной — 4 часа и более	Дневной сон слишком длительный (3 часа и более) и заканчивается в вечернее время (в 18:00 и позже)
Укладывание в одно и то же время	Укладывание в разное время

Правильно	Неправильно
Родители спокойны, демонстрируют своим видом, что они тоже готовятся ко сну или вскоре лягут	Активные разговоры, прием гостей. Родители ругают ребенка за нарушение режима, отправляют спать в качестве наказания за плохое поведение
Родители работают в команде: соблюдают одни и те же правила укладывания ребенка	Один из родителей соблюдает правила, а второй разрешает ребенку их нарушать
Затемнение комнаты. Верхний свет должен быть выключен (допустим неяркий ночник), шторы задернуты	Верхний свет не выключен. Свет из незакрытого окна. Свет голубого спектра
Тишина или белый шум, маскирующий другие звуки. Это может быть работающий бытовой прибор (кондиционер) или специальный генератор белого шума	Громкие разговоры, работающий телевизор, включена громкая, быстрая музыка в комнате ребенка или в соседних комнатах

Родители могут принять решение приучить ребенка к самостоятельному засыпанию в любом возрасте, однако тактика будет зависеть от особенностей режима в связи с дневной загруженностью ребенка. Вне зависимости от выбранной тактики им следует заранее договориться о взаимной поддержке и последовательности действий. Вновь создаваемые правила сна следует неукоснительно соблюдать, в противном случае они будут казаться ребенку необязательными и формирование привычки будет занимать намного больше времени.

Отказ от привычной ассоциации засыпания у ребенка в возрасте до года, который не может самостоятельно покинуть кроватку, скорее всего, приведет к тому, что он будет требовать привычного взаимодействия с родителями криками и плачем. Родители могут договориться отказаться сразу от всех ассоциаций засыпания или действовать пошагово. В первом случае они укладывают ребенка в кроватку бодрствующим без привычной ассоциации (укачивания, кормления), уходят в другую комнату и выдерживают возмущение ребенка, пока тот не заснет. В другом варианте данной тактики родитель может подходить к ребенку через 15–20 минут, если он не успокаивается самостоятельно. Во время такой проверки можно успокоить ребенка, поправить постель и снова уйти. Так может продолжаться несколько раз, причем временные промежутки между проверками следует с каждым разом удлинять на несколько минут. При пробуждении в ночное время также необходимо дать ребенку возможность заснуть самостоятельно, выдержав 15 минут. Если он не успокаивается, подойти, поправить постель и опять уйти.