

გვანცა არველაძე, თეიმურაზ მიქელაძე
ძილის ქცევითი დარღვევები (ქცევითი ინსომნია) ბავშვებში და მათი მართვის
ეფექტური მეთოდები
სს. ევექსი, კლინიკა „მზიური მედი“

GVANTSA ARVELADZE, TEIMURAZ MIKELADZE

**BEHAVIORAL SLEEP PROBLEMS IN CHILDREN (BEHAVIORAL INSOMNIA) AND
EFFECTIVE METHODS OF THEIR MANAGEMENT**

JSC Evex, “Mziuri Medi” Clinic

SUMMARY

Sleep problems with behavioral origins occur in 20 to 30 percent of children and are especially common in children with medical, neurodevelopmental, or psychiatric disorders. Insomnia related to learned sleep onset associations is most common in infants and toddlers and is characterized by prolonged night waking, requiring parental intervention to restore sleep. It occurs when the child learns to associate falling asleep with specific experiences, such as being rocked or fed. Insomnia related to inadequate limit-setting is a disorder most common in children who are preschool-aged and older and is characterized by active resistance, verbal protests, and repeated demands at bedtime. Guidance to parents about healthy sleep practices helps to prevent sleep problems and is also an important first step in treatment. An integral part of the bedtime routine is the institution of a bedtime and sleep schedule that ensures a developmentally appropriate amount of sleep. A consistent nightly bedtime will help to set the circadian clock and enable the child to fall asleep more easily. Treatment of primary insomnia in older children and adolescents usually involves behavioral interventions that resemble those used in adults. Establishing a consistent sleep schedule is also important for older children and adolescents for whom poor sleep hygiene is a common cause of sleep problems. Pharmacologic therapy for the treatment of childhood insomnia is not a first-line treatment and should always be combined with behavioral therapy.

Keywords: behavioral, sleep, insomnia

ძილი ბავშვის ჰარმონიული ზრდა-განვითარების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ფუნქცია და მოთხოვნილებაა. მონაცემების თანახმად, ბავშვების 20-30%-ს აღენიშნება ძილის სხვადასხვა სახის დარღვევა. ამ პრობლემით მაღალია ამბულატორიული მომართვიანობა, ასევე აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ ძილის დარღვევების უმრავლესობა პირდაპირ კავშირშია ასაკთან და ხშირად გარდამავალია, თუმცა ხანგრძლივი ძილის დეფიციტი იწვევს ბავშვის ხასიათობრივ და ქცევით დარღვევებს, აკადემიური მოსწრების დაქვეითებას და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას [8].

ინსომნია გახლავთ ძილის პროცესის სირთულე, რაც ძილის ხანგრძლივობის და/ან მისი უწყვეტობის დარღვევის სახით გამოიხატება. ბავშვთა ასაკში ხშირია ქცევითი ინსომნია, რომელიც ვლინდება ძილზე უარით ან შეწინააღმდეგებით, ძილის დაწყების დაყოვნებით, ჩაძინების გახანგრძლივებით და სირთულით, წყვეტილი ძილით და ღამის ხშირი გაღვიძებებით [3]. საერთაშორისო კლასიფიკაციის მიხედვით გამოყოფენ ძილის დარღვევის შემდეგ ტიპებს:

1. დისომნიები ანუ პირველადი დარღვევები, რაც ვლინდება ძილის დეფიციტით ან სიჭარბით;
2. პარასომნიები, ძილის ციკლოზობის დარღვევით მიმდინარე მდგომარეობები;
3. ძილის დარღვევები, რომლებიც ასოცირდება სხვადასხვა მენტალურ, ნევროლოგიურ და სამედიცინო მდგომარეობებთან;
4. სავარაუდო ძილის დარღვევები (Proposed sleep disorder), ანუ ყველა ის მდგომარეობა, რომელიც დამატებით შესწავლას საჭიროებს [1, 2].

ძალიან მნიშვნელოვანია ძილის დარღვევის სწორად განსაზღვრა, რადგან საქმე არ გვექონდეს მშობლის მიერ სუბიექტურ აღქმასთან. დარღვევაზე გავლენას ახდენს როგორც შინაგანი, ასევე გარეგანი ფაქტორები. შინაგანი ფაქტორებიდან მნიშვნელოვანია ბავშვის ტემპერამენტი, სხვადასხვა სამედიცინო მდგომარეობა, ნერვული სისტემის განვითარების დარღვევები. გარეგანი ფაქტორებიდან აღსანიშნავია ოჯახური, კულტურული, სოციო-ეკონომიური, ეთნიკური თავისებურებები და ტრადიციები [9].

სხვადასხვა ასაკში ძილის დარღვევას სხვადასხვა მიზეზი აქვს: ჩვილობის ასაკში დარღვევები დაკავშირებულია ძილის ასაკობრივ ფიზიოლოგიურ ცვლილებებთან, რაც გამოწვეულია ძილის სტადიების ფუნქციური უმწიფრობით მაგალითად ადრეული ჩვილობისას ძილის უდიდესი ნაწილი წარმოდგენილია თვალების სწრაფი მოძრაობის სტადიით, ასაკის მატებასთან ერთად მნიშვნელოვანია ძილის ჰიგიენის და რეჟიმის ორგანიზება. სხვადასხვა სამედიცინო მდგომარეობებმა, გარკვეულმა დაავადებებმა თუ სიმპტომებმა, როგორებიცაა ტკივილი, ქავილი და სხვა, შესაძლოა შექმნან ისეთი პირობები, რომელიც ხელს უწყობს არაჯანსაღი ძილის ჩამოყალიბებას. არანაკლებ მნიშვნელოვანია გარემო ფაქტორები, უდიდესი როლი აქვს ოჯახის წევრების ზეგავლენას ბავშვის ძილისადმი დამოკიდებულების ჩამოყალიბებაში [5, 6, 10, 11].

ძილის მედიცინის ამერიკული აკადემიის და ძილის კვლევის საზოგადოების (American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society) კონსენსუსის მიხედვით მოზრდილ ადამიანს 18-60 წლამდე ოპტიმალური ჯანმრთელობისთვის ესაჭიროება ძილი მინიმუმ 7 საათი და მეტი. ეროვნული ძილის ფონდის (National Sleep Foundation) მიხედვით 18-დან-64 წლამდე ძილის ხანგრძლივობა შეადგენს 7-9 საათს, ხოლო 65 წელზე უფროს ასაკში 7-8 საათს. ბავშვებში ძილის ხანგრძლივობა უფრო მეტია მოზარდებთან შედარებით, თუმცა ძილი უფრო ზერელეა [21].

ამერიკის პედიატრთა აკადემიის (American Academy of Pediatrics) და ძილის მედიცინის ამერიკული აკადემიის (American Academy of Sleep Medicine) მიერ მოწოდებულია ძილის საშუალო დღე-ღამური ხანგრძლივობა ბავშვთა ასაკში [4].

ცხრილი N1

ასაკი	ძილის ხანგრძლივობა
4-12 თვე	12-16 საათი (თვლემის ჩათვლით)
1-2 წელი	10-13 საათი (თვლემის ჩათვლით)
6-12 წელი	9-12 საათი
13-18 წელი	8-10 საათი

ძილის შეფასებისთვის მნიშვნელოვანია პედიატრთან ვიზიტის დროს მშობელი გამოკითხულ იქნას ბავშვის ძილის შესახებ. ძილის ისტორიის და მდგომარეობის განსაზღვრისთვის ვითვალისწინებთ სპეციალურ BEARS აკრონომს, რომელიც შემდგენილია განიმარტება: ძილის წინა სირთულეები ანუ ჩამძინების სიმძნელები (B=Bedtime Issues), დღის ჭარბი ძილიანობა (E=Excessive daytime sleepiness), ღამის გაღვიძებები (A=night Awakenings), ძილის რეგულარობა და ხანგრძლივობა (R=Regularity and duration of sleep), სუნთქვის დარღვევა ძილის დროს (S=Sleep-disordered breathing [or Snoring]).

ინსომნია გახლავთ ძილის პროცესის სირთულე, რაც ძილის ხანგრძლივობის და/ან მისი უწყვეტობის დარღვევის სახით გამოიხატება. ბავშვთა ასაკში ხშირია ქცევითი ინსომნია, რომელიც ვლინდება ძილზე უარით ან შეწინააღმდეგებით, ძილის დაწყების დაყოვნებით, ჩამძინების გახანგრძლივებით და სირთულით, წყვეტილი ძილით და ღამის ხშირი გაღვიძებებით. ბავშვებში ხელშემწყობი პირობების გათვალისწინებით განიხილება ინსომნიის შემდეგი სახეები:

- **ქცევითი ინსომნია** (ძილთან დაკავშირებული ჩაძინების ასოციაციების მიმართ შეგუების ადაპტაციის პროცესის დარღვევა; განპირობებული მშობლის სიძნელეებთან შესაბამისი პირობების შექმნასთან დაკავშირებით)
- **ფსიქო-ფიზიოლოგიური ინსომნია;**
- **ტრანზიტორული ანუ გარდამავალი დარღვევები.**

ძილის ქცევით სირთულეების (ქცევითი ინსომნია) ძირითადი ნიშნებია: ძილის დადგომის გაძნელება, ჩაძინების დროის უარყოფა ან რეზისტენტობა მის მიმართ, ღამის ხშირი გაღვიძებები და დილით ადრეული ადგომა, ხშირად ერთ პაციენტში ხდება რამდენიმე ნიშნების თანხვედრა [16].

ყველა ეს მდგომარეობა ფართოდ არის გავრცელებული ბავშვთა ასაკში და ძირითადად გრძელდება 5 წლამდე. ქცევით ინსომნიას დაკავშირებულს ჩაძინების ასოციაციების მიმართ შეგუების დარღვევასთან ხშირად საფუძვლად უდევს მშობლის ან მომვლელის მიერ ძილის დასწავლა გარკვეულ პირობებში, როგორებიცაა: რწევა, კვება, ხელში ტარება, რაც აადვილებს ძილის პროცესს. ღამის განმავლობაში მცირედი აგზნება თითოეული 60-დან 90-წუთამდე ხანგრძლივობის ძილის დასასრულსა ან გაღვიძებისას ითვლება ნორმად, ბავშვი ვეღარ ახერხებს ხელახლა დაძინებას და გამოხატავს რეაქციას ტირილით [1, 2, 3]. ღამის შეღვიძებები ძილთან დაკავშირებული ხშირი პრობლემაა, უფრო ხშირია 3 წლამდე ასაკში, მათი შემცირება ხდება 6 თვის ასაკიდან, პერიოდისთვის, როდესაც ყალიბდება ძილის რეჟიმი და ღამის კვების საჭიროებაც აღარ არის. ღამის მანძილზე გაღვიძების სიხშირე 2-6-ჯერ ითვლება ნორმალურ მოვლენად. ბავშვების ნაწილი თავისით ახერხებს ძილის შებრუნებას ნაწილი კი განსაკუთრებით ისინი, ვინც დაკავშირებულია ძილთან გარკვეული ასოციაციით დამოუკიდებლად ვერ იბრუნებს ძილს, ითხოვს მშობლის საწოლში გადასვლას, ტირის ყოველი შეღვიძებისას. აღნიშნული მოვლენა უმეტესად დაკავშირებულია არაორგანიზებულ ჩაძინების რუტინასთან [6; 17].

ძილის დარღვევები მშობლის მიერ შესაბამისი პირობების შექმნის სიძნელესთან მათ არადექვატურ დამოკიდებულებასთან დაკავშირებით ხშირია სკოლამდელ და შედარებით უფროსი ასაკის ბავშვებში, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ბავშვის მკვეთრი პროტესტი და რეზისტენტობა ძილის მიმართ, გარკვეული მოთხოვნების წაყენება ძილის დროს „ფარდების ძახილი“, ხშირად აღნიშნულ პროცესს თან ახლავს ღამის შიშის განვითარება, რომელიც უფრო დაძინების უარყოფის შედეგია, ვიდრე შფოთვის. აღნიშნული ტიპის დარღვევის განვითარების მიზეზი გახლავთ მშობლის ან მომვლელის უუნარობა ან სურვილის არქონა ძილის პირობების და წესების ჩამოყალიბებასთან დაკავშირებით, რომელიც მწვავედ ბავშვის მეამბოხე ხასიათის შემთხვევაში [7].

ინსომნია დაკავშირებული საწოლში ჭარბი დროით გატარებასთან არ წარმოადგენს უძილობის ოფიციალურ ქვეტიპს, თუმცა საკმაოდ ხშირად ასეთი ტიპის დარღვევას ვხვდებით მშობლის მიერ საწოლში ბავშვის განკუთვნილი დროის არასწორ განსაზღვრასთან ანუ ბავშვის ძილის ასაკობრივი მოთხოვნილებებზე მეტი დროით ძილის საჭიროების წარდგენასთან, რაც იწვევს ხშირ გაღვიძებას, ღამის გათენებას, დილით ადრე ადგომას.

ტრანზიტორული უძილობა - ძილის გარდამავალი დარღვევა ვლინდება ნორმალური ძილის მქონე ბავშვებში და შესაძლოა განპირობებული იყოს სხვადასხვა სტრესული ფაქტორით ან გარემო პირობების ცვლილებით. ელექტრონული დივანისების ჭარბად გამოყენებით ძილის რეჟიმის დარღვევა იწვევს ძილის საათობრივი გრაფიკის შეცვლას. ასეთმა ხანმოკლე ცვლილებებმა შესაძლოა მიიღოს გახანგრძლივებული სახე, რაც ასტიმულირებს არასწორ ჩვევებს და აძლიერებს ღამის გაღვიძებებს [19, 20].

ფსიქო-ფიზიოლოგიური ანუ პირობითი უძილობა შესაძლოა ხელს უშლიდეს ძილის დადგომას, ანუ ჩაძინების პროცესს და მის შენარჩუნებას, განსაკუთრებით ახასიათებს შფოთვა ჩაძინების წინ და ემოციური განცდა ღამის ფიზიოლოგიურ

გაღვიძებებზე. ესეთი ტიპის ინსომნია ხშირად დაკავშირებულია გენეტიკურ წინასწარგანწყობასთან, სხვადასხვა დაავადებებთან და ფსიქიატრიულ პრობლემებთან. ზემოთ აღნიშნული მდგომარეობების გამო შესაძლოა ხელი შეეწყოს ისეთ ტიპის დარღვევებს, როგორებიცაა: ძილის შიშები, ღამის შიშები, ღამის კოშმარები, ღამის გაღვიძებები. რაც შეეხება ძილის შიშებს ვლინდება მომატებული აგზნებადობით, ძილის პროცესის მიმართ შიშებით, ხმამაღალი ტირილით, ყვირილით, ბავშვი იღვიძებს გაბრუებული, კონფუზიურ მდგომარეობაში არ შემოდის კონტაქტში, პანიკაში შესაძლოა ჩავარდეს არა მხოლოდ ბავშვი, არამედ გარშემომყოფნი. რეალურად ბავშვი იმყოფება ღრმა ძილში, ვერ აცნობიერებს მოვლენებს. შესაძლოა გამოხატული იყოს ძილში სიარული, რომელიც საკმაოდ გავრცელებული ქცევითი დარღვევაა, ხშირად ვლინდება სკოლამდელ და სასკოლო ასაკის ბავშვებში, საყურადღებოა, რომ ამ მოვლენის დროს ბავშვებს ღრმად სძინავთ, გარშემომყოფს რჩება შთაბეჭდილება, რომ ბავშვი ფხიზელ მდგომარეობაშია რადგან ის ლაპარაკობს, თუმცა ხშირად გაუგებრად, კითხვებზე პასუხობს გაურკვეველად მისი გამოღვიძება ძალიან რთულია. აღნიშნული მოვლენა საშუალოდ რამდენიმე წუთი გრძელდება, ვითარდება ჩაძინებიდან 1-2 საათში, შესაძლოა ღამის მანძილზე განმეორდეს კიდევ, ახასიათებს უცნაური ქმედებები და აუცილებელია მომვლელმა დაიცვას ბავშვი დაზიანებისგან [18, 22].

ცხრილი N2

ძილის შიშის და ძილში სიარულის მართვის გზები
ვუზრუნველყოთ უსაფრთხოება
არ გავაღვიძოთ ბავშვი და არ ვეცადოთ დამშვიდებას
არ განვიხილოთ მეორე დღით ეს ამბავი
ვუზრუნველყოთ ძილი რეჟიმი და ჰიგიენა
მედაკიმიენტოზური თერაპიის საჭიროება დგება მხოლოდ მძიმე შემთხვევების დროს

ბავშვთა ასაკში, ასევე ხშირად ვხვდებით ღამის შიშებს და ღამის კოშმარებს. ღამის შიშები ასაკდამოკიდებული პრობლემაა, ვლინდება მას შემდეგ, რაც ბავშვს უყალიბება ქვეცნობიერში საფრთხის შეგრძნება. სხვადასხვა ასაკში შიშის შინაარსი განსხვავებულია. ხშირია სიბნელის, მარტო დარჩენის შიში და სხვა. ამ შემთხვევაში ბავშვები საჭიროებენ დამშვიდებას. ხშირად ბავშვებს ძილს ურღვევს ღამის სიზმარი, რომელიც მათ ახსოვთ, ხედავენ და შესაბამისად საჭიროებენ დამშვიდებას იმისთვის, რომ ძილი შეიბრუნონ. ღამის კოშმარი წარმოადგენს საშიში შინაარსის სიზმარს, რომელიც არ ითვლება პათოლოგიად, თუმცა მკვეთრად მოქმედებს ნორმალური ძილის ორგანიზებაზე, რადგან უსიამოვნო სიზმარი ხელს უწყობს ხშირ გაღვიძებებს. სიზმრის შიშით ბავშვები უარს ამბობენ ჩაძინებაზე. როგორც ღამის შიში, ასევე ღამის კოშმარი ხშირად დაკავშირებულია დღის მანძილზე მიღებულ ემოციებთან და შთაბეჭდილებებთან [15, 25].

ცხრილი N3

ღამის შიშების და სიზმრის გადალახვის რეკომენდაციები
დააძინეთ თქვენი პატარა განათებულ ოთახში
წახალისეთ ძილი რბილი სათამაშოთი, შეუქმენით უსაფრთხო გარემო
დატოვეთ საძინებლის კარი ღია
თანდათანობით შეაჩვიეთ შიშის გადალახვა, გარკვეული დროით დარჩით პატარასთან საძინებელში
მოარიდეთ ძილის წინ ემოციურ და აღმგზნებ აქტივობებს, შეზღუდეთ ტელევიზორი და კომპიუტერი
ასწავლეთ წარმოსახვით საშიში არსებების დამარცხების ხერხი
გაამხნევეთ და დაამშვიდეთ, ხშირად გაუმეორეთ, რომ ხართ პატარას გვერდით

მცირე ასაკის ბავშვებში ხშირია ისეთი მდგომარეობა, რომელსაც ვუწოდებთ ძილის შიშებს: გამოხატულია აგზნება, ყვირილი, ტირილი, პანიკური მდგომარეობა, ბავშვი გაბრუნებულ მდგომარეობაში, არაადექვატური ქცევით და პასუხებით პანიკურ მდგომარეობაში აგდებს მშობლებს და გარშემომყოფებს, რომლებიც მკვეთრად და დრამატულად აღიქვამენ აღნიშნულ მოვლენას. ყურადსაღებია ის ფაქტი, რომ ბავშვი მიუხედავად მკვეთრი აგზნებისა იმყოფება ღრმა ძილის მდგომარეობაში, მასთან საუბარს და დამშვიდებას იმ მომენტში შედეგი არ მოაქვს, არ არის აუცილებელი მისი გაღვიძება, მთავარია ვიმყოფებოდეთ პატარასთან ახლოს, რათა შევუქმნათ უსაფრთხო გარემო, არ არის სასურველი ამ თემაზე საუბარი ბავშვთან, რადგან ამან შესაძლოა უფრო გაამწვავოს მდგომარეობა [23, 24, 26].

ძილში სიარული არის ერთ-ერთი გავრცელებული ქცევითი დარღვევა, ვლინდება სკოლამდელ და სასკოლო ასაკის ბავშვებში. ამ მოვლენის დროს ბავშვებს ღრმად სძინავთ, გარშემომყოფს რჩება შთაბეჭდილება, რომ ბავშვი ფხიზელ მდგომარეობაშია რადგან ის ლაპარაკობს, თუმცა ხშირად გაუგებრად, კითხვებზე პასუხობს გაურკვეველად, მისი გამოღვიძება ძალიან რთულია. აღნიშნული მოვლენა საშუალოდ რამდენიმე წუთი გრძელდება, ვითარდება ჩაძინებიდან 1-2 საათში, შესაძლოა ღამის მანძილზე განმეორდეს კიდევ, ახასიათებს უცნაური ქმედებები და აუცილებელია მომვლელმა დაიცვას ბავშვის უსაფრთხოება, რადგან ბავშვებში ღრმა ძილი გაცილებით ხანგრძლივია, რის გამოც ძილში სიარული ხშირია ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში [28].

ზოგადი რეკომენდაცია ძილის დარღვევასთან დაკავშირებით გახლავთ, ძილის ჰიგიენის დაცვა და ძილის წინა რიტუალის ჩამოყალიბება, ასევე მნიშვნელოვანია ძილის რეჟიმის ორგანიზება, ბიოლოგიური რიტმის განვითარება, რაც თავისთავად გულისხმობს ჩაძინების დროის თანდათანობით გადმოწევას [14,15,19].

ცხრილი N4

ძილის ჰიგიენის და რეჟიმის მოწესრიგების რეკომენდაციები მშობლებისთვის
დავაწესოთ გაღვიძების და დაძინების ერთი და იგივე დრო, დანერგეთ ძილის ჩვევა და რუტინა
შევარჩიოთ ბავშვის ყველაზე ძილიანი მომენტი და დავადგინოთ დაწოლის დრო, სასურველია ერთი და იგივე დროს წასვლა დასაძინებლად, განსხვავება არ უნდა აღემატებოდეს ერთ საათს
თუ ბავშვს გაუჭირდა ჩაძინება უმჯობესია მისი აყენება საწოლიდან და მშვიდი აქტივობით დაკავება, რბილი სათამაშოს გამოყენება
ძილის წინ თავის შეკავება ამგზნები აქტივობების და ემოციების სიჭარბისგან
ღამის მანძილზე ასაკისთვის შესაბამისი რეგულარული ფიზიკური აქტივობები და დატვირთვა, ღამის წაძინებებისგან თავის შეკავება
არ არის რეკომენდებული ჭარბი კვება ძილის წინ, რადგან მძიმე საკვების მიღებამ დაძინებამდე 1-2 საათით ადრე შესაძლოა დარღვიოს ძილის პროცესი, ავირიდოთ კოფეინის, განსაკუთრებით კოფეინის შემცველი პროდუქტები, თუმცა ასევე არ არის სასურველი ბავშვის მშვიერი დაძინება. მსუბუქი წახემსება ხელს უწყობს მშვიდ ძილს
საძინებელი უნდა იყოს მშვიდი და არამკვეთრად განათებული. მისაღებია დაბალი განათების ღამის შუქი ბავშვებისთვის, რომლებსაც აშინებთ ბნელი ოთახი, ასევე დაცული უნდა იყოს ტემპერატურული რეჟიმი (65)°F
არ გამოიყენოთ ბავშვის საძინებელი, როგორც გასართობი ასევე დასასჯელი სივრცე
დაძინებამდე ერთი საათით ადრე აიცილეთ თავიდან ელექტრო გამლიზიანებლები, რადგან ბავშვებს ადვილად უყალიბდებათ შეჩვევა და ჩაძინებისთვის აუცილებელი ხდება ტელევიზორის ან სოციალური მედიის გამოყენება

მედიკამენტოზური მკურნალობა ბავშვთა ასაკში რეკომენდებული არ არის. საძილე საშუალებებით ძილის მოწესრიგების სანაცვლოდ შესაძლოა მივიღოთ პირიქით, ბავშვის აგზნება და ქცევის გაურესება. ასევე შეწყვეტის შემდეგ მოხსნის სინდრომი.

ბავშვებში ძილის დარღვევის აბსოლუტური უმრავლესობა წარმატებით იმართება ქცევით თერაპიით. მედიკამენტის განხილვა უნდა მოხდეს მხოლოდ მაშინ, როდესაც სათანადო განხორციელებული ქცევითი ჩარევები არ არის ეფექტური და მედიკამენტი ყოველთვის უნდა იყოს შერწყმული ქცევით თერაპიასთან [12,13,33]. არ არსებობს სამკურნალო საშუალებები, რომლებსაც აშშ-ს სურსათისა და წამლის ადმინისტრაცია იყენებს ბავშვთა უძილობის სამკურნალოდ, პრაქტიკაში გამოყენებული მედიკამენტები დაფუძნებულია კლინიკურ გამოცდილებაზე. თუმცა არსებობს ისეთი მდგომარეობები, სადაც საჭირო ხდება მედიკამენტოზური თერაპიის დაწყება. ძილის მოსაწესრიგებლად განსაკუთრებით ცირკადული რიტმის, ძილ-ღვიძილის ციკლის დასარეგულირებლად გამოიყენება ეპიფიზის მთავარი ჰორმონი მელატონინი, რომელიც ეფექტურად ახდენს ბიოლოგიური საათის დაკორექტირებას. აღნიშნულის საჭიროება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ყურადღების დეფიციტის და აუტიზმის მქონე ბავშვებში. ჩაძინების და ძილის უწყვეტობის დარღვევის დროს ჩვილებში მელატონინის დოზა გახლავთ 1 მგ, უფროს ბავშვებში 2.5-3 მგ, მოზრდილებში 5 მგ დაძინებამდე 30 წუთით ადრე. დიფენილჰიდრამინი, როგორც სედაციური საშუალება, გამოიყენება ბავშვებში მწვავე მდგომარეობის დროს, მაგალითად უძილობა, რომელიც დაკავშირებულია მოგზაურობასთან.

ძილის რეჟიმის მოსაწესრიგებლად მნიშვნელოვანია მშობლების ჩართულობა, იყავით თბილი და ალერსიანი, მოერიდეთ დასჯას, ხშირად შეაქეთ თქვენი პატარა, ზედმეტად არ ესაუბროთ ძილზე და მისადმი მზაობაზე, დაიცავით ძილის რუტინა და ჰიგიენა, ნუ უგულველყოფთ შეზღუდვებს. მიეცით არჩევანის საშუალება, მას ამ მომენტში სურს დაძინება, თუ ოდნავ მოგვიანებით.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. ნ.ტატიშვილი, მ.გაბუნია, ი.ბოკერია. ბავშვთა ნევროლოგიური დაავადებათა მკურნალობა.
2. ნ. ტატიშვილი, თ. ედიბერიძე. ძილის დარღვევები ბავშვებში.
3. Combs D, Goodwin JL, Quan SF, et al. Insomnia, Health-Related Quality of Life and Health Outcomes in Children: A Seven Year Longitudinal Cohort. *Sci Rep* 2016; 6:27921.
4. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders, 3rd ed, American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL 2014.
5. Burnham MM, Goodlin-Jones BL, Gaylor EE, Anders TF. Nighttime sleep-wake patterns and self-soothing from birth to one year of age: a longitudinal intervention study. *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43:713.
6. Kerr S, Jowett S. Sleep problems in pre-school children: a review of the literature. *Child Care Health Dev* 1994; 20:379.
7. Owens JA, Spirito A, McGuinn M, Nobile C. Sleep habits and sleep disturbance in elementary school-aged children. *J Dev Behav Pediatr* 2000; 21:27.
8. Johnson EO, Roth T, Schultz L, Breslau N. Epidemiology of DSM-IV insomnia in adolescence: lifetime prevalence, chronicity, and an emergent gender difference. *Pediatrics* 2006; 117:e247.
9. Sadeh A, Lavie P, Scher A. Sleep and temperament: Maternal perceptions of temperament of sleep-disturbed toddlers. *Early Educ Dev* 1994; 5:311.
10. Fisher A, van Jaarsveld CH, Llewellyn CH, Wardle J. Genetic and environmental influences on infant sleep. *Pediatrics* 2012; 129:1091.
11. Touchette E, Dionne G, Forget-Dubois N, et al. Genetic and environmental influences on daytime and nighttime sleep duration in early childhood. *Pediatrics* 2013; 131:e1874.
12. Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, et al. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep* 2006; 29:1263.
13. Morgenthaler TI, Owens J, Alessi C, et al. Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep* 2006; 29:1277.
14. Wolfson A, Lacks P, Futterman A. Effects of parent training on infant sleeping patterns, parents' stress, and perceived parental competence. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60:41.

15. Gradisar M, Jackson K, Spurrier NJ, et al. Behavioral Interventions for Infant Sleep Problems: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics* 2016; 137.
16. Price AM, Wake M, Ukoumunne OC, Hiscock H. Five-year follow-up of harms and benefits of behavioral infant sleep intervention: randomized trial. *Pediatrics* 2012; 130:643.
17. Scott G, Richards MP. Night waking in infants: effects of providing advice and support for parents. *J Child Psychol Psychiatry* 1990; 31:551.
18. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, et al. Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med* 2016; 12:785.
19. Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations. *Pediatrics* 2016; 138.
20. Foley LS, Maddison R, Jiang Y, et al. Presleep activities and time of sleep onset in children. *Pediatrics* 2013; 131:276.
21. Falbe J, Davison KK, Franckle RL, et al. Sleep duration, restfulness, and screens in the sleep environment. *Pediatrics* 2015; 135:e367.
22. Hale L, Guan S. Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: a systematic literature review. *Sleep Med Rev* 2015; 21:50.
23. Brockmann PE, Diaz B, Damiani F, et al. Impact of television on the quality of sleep in preschool children. *Sleep Med* 2016; 20:140.
24. Carter B, Rees P, Hale L, et al. Association Between Portable Screen-Based Media Device Access or Use and Sleep Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2016; 170:1202.
25. Cooney MR, Short MA, Gradisar M. An open trial of bedtime fading for sleep disturbances in preschool children: a parent group education approach. *Sleep Med* 2018; 46:98.
26. Perrault AA, Bayer L, Peuvrier M, et al. Reducing the use of screen electronic devices in the evening is associated with improved sleep and daytime vigilance in adolescents. *Sleep* 2019.
27. Owens JA, Babcock D, Blumer J, et al. The use of pharmacotherapy in the treatment of pediatric insomnia in primary care: rational approaches. A consensus meeting summary. *J Clin Sleep Med* 2005; 1:49.
28. Cortese S, Brown TE, Corkum P, et al. Assessment and management of sleep problems in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52:784.
29. Rossignol DA, Frye RE. Melatonin in autism spectrum disorders. *Curr Clin Pharmacol* 2014; 9:326.
30. van der Heijden KB, Smits MG, van Someren EJ, Boudewijn Gunning W. Prediction of melatonin efficacy by pretreatment dim light melatonin onset in children with idiopathic chronic sleep onset insomnia. *J Sleep Res* 2005; 14:187.
31. Bruni O, Alonso-Alconada D, Besag F, et al. Current role of melatonin in pediatric neurology: clinical recommendations. *Eur J Paediatr Neurol* 2015; 19:122.
32. Erland LA, Saxena PK. Melatonin Natural Health Products and Supplements: Presence of Serotonin and Significant Variability of Melatonin Content. *J Clin Sleep Med* 2017; 13:275.
33. Owens JA. Pharmacotherapy of pediatric insomnia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48:99.

ГВАНЦА АРВЕЛАДЗЕ, ТЕИМУРАЗ МИКЕЛАДЗЕ

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СНА У ДЕТЕЙ (ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ИНСОМНИЯ) И ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

ЗАО «Евекс», клиника «Мзиури Меди»

РЕЗЮМЕ

Проблемы со сном поведенческого происхождения возникают у 20–30 процентов детей и особенно часто встречаются у детей с соматическими, нервно-психическими или психическими расстройствами. Бессонница, связанная с усвоенными ассоциациями начала сна, чаще всего встречается у младенцев и детей ясельного возраста и характеризуется длительным ночным бодрствованием, требующим вмешательства родителей для восстановления сна. Это происходит, когда ребенок учится связывать засыпание с определенными переживаниями, такими как качание или кормление. Бессонница,

связанная с неадекватной установкой ограничений, является расстройством, наиболее часто встречающимся у детей дошкольного возраста и старше, и характеризуется активным сопротивлением, словесными протестами и повторяющимися требованиями перед сном. Сопровождение родителей по вопросам здорового сна помогает предотвратить проблемы со сном, а также является важным первым шагом в лечении. Неотъемлемой частью распорядка отхода ко сну является установление режима сна и режима сна, который обеспечивает соответствующее с точки зрения развития количество сна. Регулярное ночное время отхода ко сну поможет установить циркадные часы и позволит ребенку легче заснуть. Лечение первичной бессонницы у детей старшего возраста и подростков обычно включает поведенческие вмешательства, аналогичные тем, которые используются у взрослых. Установление постоянного режима сна также важно для детей старшего возраста и подростков, для которых плохая гигиена сна является частой причиной проблем со сном. Фармакологическая терапия для лечения детской бессонницы не является лечением первой линии и всегда должна сочетаться с поведенческой терапией.

გვანცა არველაძე, თეიმურაზ მიქელაძე
ძილის ქცევითი დარღვევები (ქცევითი ინსომნია) ბავშვებში და მათი მართვის ეფექტური მეთოდები
სს. ევექსი, კლინიკა „მზიური მედი“

რეზიუმე

ზოგადად ქცევითი ხასიათის ინსომნიებს ვხვდებით 20-30% ბავშვებში. განსაკუთრებით მათში, რომლებსაც აქვთ სომატური, ნეიროგანვითარების ფსიქიატრიული დაავადებები. ინსომნია დაკავშირებული გარკვეულ პირობებში დასწავლილ და შეჩვეულ ასოციაციებთან როგორც ხშირია ჩვილებში და მისთვის დამახასიათებელი ღამის გაღვიძებები და ძილის საჭირო ხდება მშობლის ჩართულობა. ძილის დარღვევები მშობლის მიერ არასათანადო პირობების შექმნის და არასწორი ლიმიტის დაწესებასთან დაკავშირებით ხშირად სკოლამდელ და შედარებით უფროსი ასაკის ბავშვებში, მისთვის დამახასიათებელია ბავშვის მკვეთრი პროტესტი ჩამძინების მიმართ და სხვადასხვა განმეორებითი მოთხოვნები ძილის წინ. მშობლისთვის ინფორმირება და მისთვის ძილის ჰიგიენის და რეჟიმის მოწესრიგების რეკომენდაციის მიწოდება მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს სრულფასოვანი ძილის ჩამოყალიბებაში. ძილის რუტინა განუყოფელი ნაწილია ძილის რეჟიმის ჩამოყალიბებაში, რომელიც უზრუნველყოფს შესაბამისი ძილის ხანგრძლივობაში. პირველადი უძილობის მკურნალობაში როგორც ბავშვებში, ასევე მოზარდებში გამოიყენება ქცევითი თერაპიის ჩარევები მსგავსი მოზრდილებისა. მუდმივი ძილის რეჟიმის შენარჩუნება მნიშვნელოვანია მოზარდებში, რომლებშიც უძილობის მიზეზი ხშირად გახლავთ დარღვეული ძილის რეჟიმი. მედიკამენტოზური მკურნალობა ყოველთვის უნდა იყოს შერწყმული ქცევით თერაპიასთან.

