

Проблемы нарушения сна у детей раннего возраста: вопросы диагностики и коррекции

© А.Г. ХАЧАТРИАН¹, М.С. ПОГОРЕЛОВА², Н.А. ГЕППЕ¹, И.Д. ЛЕМЕШКО¹, Е.В. КАСАНАВЕ¹,
Е.В. ФРОЛКОВА¹ В.М. ТРЕПИЛЕЦ¹

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

²ГБУЗ «Детская городская поликлиника №120» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Резюме

Цель исследования. Изучение эффективности препарата дормикинда у детей раннего возраста.

Материал и методы. Обследовали 114 пациентов в возрасте от 6 мес до 2,5 года с нарушением сна и засыпания: в 1-ю группу вошли 64 ребенка, которым был назначен дормикинда, во 2-ю группу — 50 детей, которые находились на поведенческой терапии. Лечение продолжалось в течение 28 сут.

Результаты и заключение. После лечения у детей 1-й группы продолжительность засыпания сократилась в 1,7 раза и составила 26,2±4,8 мин, в 8,7 раза уменьшилось число детей, засыпающих на руках, и в 2 раза — в постели родителей (во 2-й группе эти показатели составили 1,1, 1,3 и 1,5 раза соответственно, длительность засыпания составила 33,4±2,9 мин). На фоне приема дормикинда в 3,2 раза увеличилось число пациентов, которые успешно засыпали (во 2-й группе — в 1,2 раза). Под влиянием дормикинда достоверно увеличилась продолжительность ночного сна, а частота пробуждений сократилась. Средний суммарный балл оценки отклонений в эмоционально-поведенческом состоянии детей в 1-й группе после лечения уменьшился в 2,9 раза (во 2-й группе в 1,3 раза). Оценка по шкале IMOS показала, что группы значительно различались по оценке: «полное выздоровление», «значительное улучшение». Сделан вывод о высокой эффективности и безопасности применения дормикинда у детей раннего возраста.

Ключевые слова: инсомния, дети раннего возраста, дормикинда.

Сведения об авторах:

Хачатрян Лусинэ Грачиговна — e-mail: ashdin@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2125-569X>

Погорелова Марина Сергеевна — e-mail: marketa-asl@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8289-0232>

Геппе Наталья Анатольевна — e-mail: geppe@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-0547-3686>

Лемешко Ирина Дмитриевна — e-mail: lemeshkoneuro@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3419-1602>

Касанаве Елена Викторовна — e-mail: lenavs@inbox.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0496-4865>

Фролкова Елена Васильевна — e-mail: fevdoc@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3158-1819>

Трепилец Виктория Михайловна — e-mail: trepilets@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-8180-2993>

Как цитировать:

Хачатрян Л.Г., Погорелова М.С., Геппе Н.А., Лемешко И.Д., Касанаве Е.В., Фролкова Е.В., Трепилец В.М. Проблемы нарушения сна у детей раннего возраста: вопросы диагностики и коррекции. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019;119(7, вып. 2):25-32. <https://doi.org/10.17116/jnevro201911907225>

The problem of insomnia in infant/young children: issues of diagnosis and treatment

© L.G. KHACHATRIAN¹, M.S. POGORELOVA², N.A. GEPPE¹, I.D. LEMESHKO¹, E.V. KASANAWE¹, E.V. FROLKOVA¹,
V.M. TREPILEC¹

¹Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia;

²Children's City Polyclinic No 120, Moscow, Russia

Abstract

Objective. To obtain further evidence of the efficacy of dormikind in infant/young children.

Material and methods. The study was performed in the group of 114 patients, aged 6 months to 2.5 years, with sleep and sleep initiation disorders. Sixty-four patients received treatment with dormikind (group 1) and 50 patients received behavioral therapy (group 2) for 28 days.

Results and conclusion. In group 1, sleep initiation decreased by 1.7 times and reached 26.2±4.8 minutes, the number of children sleeping on hands dropped by 8.7 times and sleeping in the parent's bed by 2 times. In group 2, the same characteristics changed by 1.1, 1.3 and 1.5 times, respectively, and sleep initiation reached 33.4±2.9 minutes. The number of patients of group 1 falling asleep in their own beds increased by 3.2 times vs 1.2 times in group 2. Duration of night sleep increased and frequency of awakening reduced as well. The significant positive dynamics was noted in the emotional-behavior state of children after therapy: the

Автор, ответственный за переписку: Хачатрян Лусинэ Грачиговна — e-mail: ashdin@mail.ru

Corresponding author: Khachatrian L.G. — e-mail: ashdin@mail.ru

total score significantly improved by 2.9 times to the end of treatment compared to group 2 (by 1.3 times). IMOS score showed significant difference between the groups on «total recovery» and «significant improvement». Therefore, the high efficacy and safety of dormikind in children have been confirmed.

Keywords: *insomnia, infants, dormikind.*

Information about the authors:

Khachatrian L.G. — e-mail: ashdin@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2125-569X>

Pogorelova M.S. — e-mail: marketa-asl@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8289-0232>

Geppe N.A. — e-mail: geppe@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-0547-3686>

Lemeshko I.D. — e-mail: lemeshkoneuro@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3419-1602>

Kasanave E.V. — e-mail: lenavs@inbox.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0496-4865>

Frolkova E.V. — e-mail: fevdoc@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3158-1819>

Trepilec V.M. — e-mail: trepilets@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-8180-2993>

To cite this article:

Khachatrian LG, Pogorelova MS, Geppe NA, Lemeshko ID, Kasanave EV, Frolkova EV, Trepilec VM. The problem of insomnia in infancy children: issues of diagnosis and correction. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry = Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2019;119(7, vyp 2):25-32. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro201911907225>

Одним из наиболее распространенных нарушений сна (НС) является инсомния (ИН). Согласно Международной классификации расстройств сна, она характеризуется как «повторяющиеся нарушения инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, случающиеся несмотря на наличие достаточного количества времени и условий для сна» [1–3].

Частота ИН у детей значительна и колеблется от 30 до 56%. Как правило, наибольший процент приходится на ранний возраст до 3 лет, что связано с незрелостью множественных гипногенных центров в ЦНС и частым их страданием в перинатальном периоде [2]. Недостаток сна проявляется в быстром утомлении в дневное время, снижении активности и работоспособности, нарушении роста и развития детей и ухудшении качества жизни их родителей. В редких случаях длительные и выраженные расстройства сна могут приводить к более серьезным последствиям [4–6].

Поиск медикаментозных средств, нивелирующих НС, является актуальным, особенно у детей раннего возраста. Зарегистрированные в России средства (фенибут, нервохель, персен) не показаны к применению у детей младше 2 лет [2, 7, 8]. Поэтому большое внимание привлекает к себе препарат дормикинд, который разрешен к применению у детей с периода новорожденности. Дормикинд зарекомендовал себя как препарат первого выбора для коррекции ИН у детей раннего возраста [9].

Дормикинд содержит в низких фармакологических концентрациях комплекс действующих компонентов растительного и минерального происхождения: *Cypripedium pubescens* (Башмачок пушистый, семейство Орхидовых), *Magnesium carbonicum* (магния карбонат), *Zincum valerianicum* (цинк валерианат). Каждый из активных компонентов имеет четкие по-

казания к применению¹ и обеспечивает взаимодополняющие эффекты.

Цель настоящего исследования — получение дополнительных сведений об эффективности терапии домикиндом НС у детей раннего возраста.

Материал и методы

На базе консультативно-диагностического центра Сеченовского университета и Московской детской государственной поликлиники №120 в период с ноября 2016 г. по октябрь 2017 г. было проведено открытое проспективное рандомизированное сравнительное контролируемое клиническое исследование.

Критериями включения пациентов в исследование являлись: возраст (от 6 мес до 2 лет 6 мес включительно), диагностированные НС или трудности засыпания, письменное согласие представителей ребенка на участие. **Критерии невключения:** выраженные неврологические и (или) соматические расстройства, неспособность представителей ребенка к соблюдению условий Протокола исследования.

Обследовали 114 детей (58% мальчиков и 42% девочек), которые с помощью метода простой рандомизации были распределены в две группы. В 1-ю группу вошли 64 ребенка (средний возраст 13,4±6,9 мес), во 2-ю группу — 50 детей (средний возраст 13,1±6,6 мес). Все дети имели практически нормальное физическое развитие и показатели соматическо-

¹*Cypripedium pubescens* влияет на раздражительность, нарушение засыпания, повышенную возбудимость у детей; *Magnesium carbonicum* — на повышенную раздражительность, нарушения сна с частыми вздрагиваниями; *Zincum valerianicum* — на бессонницу у детей, нарушение засыпания на фоне перевозбуждения.

го здоровья (индекс Кетле II в 1-й группе составил $16,2 \pm 1,3$ кг/м²; во 2-й группе — $15,8 \pm 1,4$ кг/м²).

Пациентам 1-й группы назначали дормикинд («DNU — Deutsche Homoeopathie-Union», Германия) по 1 таблетке 4 раза в сутки во время еды в течение 28 сут (предварительно таблетку растворяли в 20 мл воды). Детям 2-й группы проводилась поведенческая терапия НС (метод постепенного «погашения» [10])².

Все пациенты обследовались 3 раза: до начала лечения (1-й визит), на 14-е сутки (2-й визит) и на 28-е сутки (3-й визит) лечения.

Эффективность терапии оценивали с учетом характеристик эмоционально-поведенческой сферы (табл. 1), характеристик качества³ сна/засыпания по опроснику BISQ⁴ и дневнику пациента. Определяли изменение средних значений оцениваемых показателей после лечения в процентах по отношению к исходным значениям. Кроме того, учитывали эффективность терапии по шкале IMOS⁵, степень удовлетворенности терапией — по шкале IMPSS⁶. Переносимость лечения оценивалась с использованием 4-балльной шкалы (очень хорошая переносимость — 4 балла, неудовлетворительная — 1 балл). Сравнение этих показателей осуществляли при 2-м и 3-м визитах.

Всем участникам при 1-м и 3-м визитах проводилась электроэнцефалография (ЭЭГ) в состоянии бодрствования и сна (аппарат Энцефалан-131-01), при наличии открытого родничка — нейросонография.

Статистический анализ и обработка результатов были выполнены с использованием Statistica 10.0 («StatSoft Inc.», США). Различия считались значимыми при $p \leq 0,05$. Значимость различий оценивали с помощью *U*-теста Манна—Уитни, различия в долях между группами — по критериям χ^2 , Фишера.

Результаты

НС и трудности засыпания являлись единственными жалобами участников при включении в ис-

²Родители оставляют ребенка засыпать в комнате одного, но возвращаются к нему с определенной частотой, постепенно увеличивая продолжительность отсутствия и уменьшая частоту посещений.

³Учитывались следующие критерии: условия сна (в отдельной комнате, в комнате с родственниками — взрослыми или другими детьми, в постели с родителями); условия засыпания (один в комнате, засыпание при кормлении, укачивание в кроватке, укачивание на руках); характеристики сна: продолжительность периода засыпания (минуты), продолжительность ночного сна (часы); количество пробуждений и продолжительность бодрствования ночью (часы).

⁴Модифицированный вариант индекса качества сна Питтсбург (PSQI).

⁵5-балльная шкала оценки эффективности терапии врачом IMOS (Integrative Medicine Outcome Scale): 5 баллов — полное выздоровление, 1 балл — развившееся на фоне терапии ухудшение состояния или появление новых симптомов.

⁶5-балльная шкала оценки удовлетворенности пациента/его представителей результатами лечения IMPSS (Integrative Medicine Patient Satisfaction Scale). Содержит 5 вариантов оценки: 5 баллов — полностью удовлетворен, 1 балл — крайне неудовлетворен.

следования. В 1-й группе у 28 (43,7%) детей была диагностирована острая бессонница, у 36 (56,3%) — хроническая. Во 2-й группе — у 46 и 54% детей соответственно.

До начала терапии оценка отклонений в эмоционально-поведенческой сфере в 1-й группе составила $3,8 \pm 0,7$ балла, у детей 2-й группы — $3,5 \pm 0,9$ балла, без выявления значимых межгрупповых различий. Незначительные неврологические изменения в виде повышения мышечного тонуса были отмечены у 15 (23,4%) детей 1-й группы и у 13 (26%) — 2-й.

Продолжительность ночного сна у детей 1-й группы составила $9,3 \pm 0,5$ ч, 2-й группы — $10,13 \pm 0,5$, пробуждения во время сна отмечались $3,7 \pm 0,8$ раза против $3,3 \pm 0,9$ раза 2-й группы. Длительность засыпания в 1-й группе была $44,2 \pm 3,1$ мин, а ночное бодрствование — $2,2 \pm 0,6$ ч. Во 2-й группе соответствующие показатели составляли $38,2 \pm 4,6$ мин и $1,9 \pm 0,6$ ч.

В 1-й группе 8 (13%) детей засыпали самостоятельно в кровати, 26 (41%) — укачивались на руках, а 16 (25%) — засыпали и спали в кровати вместе с родителями. Во 2-й группе картина была сходной (табл. 2).

По данным нейросонографии, легкая вентрикуломегалия была выявлена у 15,6% пациентов 1-й группы и у 14% — во 2-й группе. Также по данным ЭЭГ отмечались увеличение продолжительности процесса засыпания (до 30—50 мин и более), увеличение числа фрагментарных и полных пробуждений в процессе засыпания и сна, нарушение глубины сна с преобладанием поверхностных стадий (1-я и 2-я стадия фазы медленного сна — ФМС); уменьшение продолжительности сна (за счет длительного засыпания и частых пробуждений) с отсутствием, в большинстве обследований, фазы парадоксального сна и быстрым пробуждением с двигательным и эмоциональным беспокойством ребенка; частое выявление доброкачественных миоклоний сна, в том числе с последующими фрагментарными и полными пробуждениями и беспокойством ребенка.

Через 14 сут лечения (2-й визит) среднее значение оценки отклонений в эмоционально-поведенческой сфере уменьшилось и составило для 1-й группы $2,4 \pm 0,7$ балла (здесь и далее — по сравнению с исходными результатами; *t*-критерий Вилкоксона, $p < 0,001$), для 2-й группы — $3,3 \pm 0,8$ балла, $p = 0,062$. Отмеченное снижение показателя у пациентов 1-й группы значимо превосходило динамику во 2-й группе: $1,4 \pm 0,9$ балла и $0,2 \pm 0,7$ балла соответственно (здесь и далее — для межгрупповых сравнений; *U*-критерий, $p < 0,0001$). Средняя оценка по шкале IMOS в 1-й группе регистрировалась на уровне $3,1 \pm 0,8$ балла против $2,1 \pm 0,8$ балла во 2-й группе ($p < 0,001$). В 1-й группе у 22 (34%) пациентов отмечалось значительное улучшение качества сна и состояния, у 25 (39%) детей регистрировалось улучшение, у 17 (27%) детей улучшения не отмечалось. Во 2-й выздоровления или значительного улучшения не отме-

Таблица 1. Шкала оценки эмоционально-поведенческой сферы

Table 1. Scale for assessment of emotional and behavioral sphere

Характеристика	Вариант значений	Оценка (баллы)
Раздражительность, повышенная возбудимость	Отсутствует	0
	Возникает эпизодически	1
	Постоянно	2
Утомляемость	Отсутствует	0
	По вечерам	1
	В течение всего дня	2
Тревожность	Отсутствует	0
	Возникает эпизодически	1
	Возникает часто	2

Таблица 2. Характеристика засыпания до лечения по опроснику BISQ, n (%)

Table 2. Characteristic of the process of sleep initiation (questionnaire BISQ), n (%)

Критерий*	1-я группа, n=64	2-я группа, n=50
Засыпает в отдельной комнате	7 (11)	8 (16)
Засыпает один в кроватке	8 (13)	7 (14)
Засыпает во время кормления	4 (6)	5 (10)
Засыпает при укачивании в постели	10 (16)	11 (22)
Засыпает при укачивании на руках	26 (41)	15 (30)
Засыпает с родителями в постели	16 (25)	12 (24)

Примечание. * — были возможны несколько ответов.

Note. * — multiple answers were possible.

чалось ни у одного ребенка, у 18 (36%) было небольшое положительное изменение, у 20 (40%) — изменений не отмечалось, у 12 (24%) детей ухудшилось засыпание, увеличилась частота пробуждений, сон стал более поверхностным.

Переносимость терапии в 1-й группе была оценена как очень хорошая в 12 (19%) случаях, как хорошая — в 48 (75%) случаях, однако родители были недовольны режимом приема препарата, у 4 (6%) пациентов было зарегистрировано возникновение легкой возбудимости в первые 3 сут приема, не требовавшей отмены препарата. Родители детей 2-й группы сообщили о хорошей переносимости поведенческой терапии в 7 (14%) случаях, что было значимо меньше, чем в 1-й группе (критерий χ^2 , $p < 0,001$), удовлетворительной переносимости — у 26 (52%) детей, у 17 (34%) детей отмечалось ухудшение качества сна, что потребовало дополнительного инструктажа по соблюдению всех требований поведенческой терапии.

Через 14 сут результатами лечения в 1-й группе были полностью удовлетворены 12,5% родителей, в то время как во 2-й группе отличных оценок не было. В 1-й группе удовлетворенность лечения 4 балла регистрировалась в 48,4% случаев и во 2-й группе — в 18% (критерий χ^2 , $p < 0,001$). Нейтральную оценку дали 20,3% родителей пациентов 1-й группы и 36% — 2-й группы, в 19 и 32% случаев (1-я и 2-я группы

соответственно) родители оказались не удовлетворены лечением (кроме того, 14% родителей детей 2-й группы высказали крайне негативную оценку поведенческой терапии, что, возможно, было связано с их личностно-характерологическими особенностями).

При 3-м визите в обеих группах была выявлена положительная динамика. Средние значения оценки отклонений в эмоционально-поведенческой сфере по сравнению с исходными данными снизились до $1,3 \pm 0,7$ балла в 1-й группе ($p < 0,001$) и до $2,8 \pm 0,7$ балла — во 2-й группе ($p < 0,001$). Различия между группами были статистически значимыми ($p < 0,001$). Существенных изменений неврологического и соматического статуса зарегистрировано не было.

Средняя продолжительность сна в 1-й группе выросла до $10,8 \pm 0,8$ ч ($p < 0,001$), количество пробуждений уменьшилось до $1,8 \pm 0,7$ раза ($p < 0,001$), а продолжительность ночного бодрствования сократилась до $0,9 \pm 0,7$ ч ($p < 0,001$). Те же показатели у детей 2-й группы составили $10,6 \pm 0,6$ ч, $2,8 \pm 0,7$ раза, $1,4 \pm 0,5$ ч. Продолжительность ночного бодрствования достоверно отличалась от исходного уровня ($p < 0,001$).

Период засыпания сократился в обеих группах. В 1-й группе средние значения уменьшились до $26,2 \pm 4,8$ мин ($p < 0,001$), во 2-й группе — до $33,4 \pm 3,0$ мин ($p < 0,001$). При этом межгрупповая разница была значимой ($p < 0,001$). Изменение в процентах средних значений обсуждаемых показателей по сравнению с базовыми приведены на рис. 1.

Кроме того, изменились и другие характеристики засыпания (табл. 3). Так, в 1-й группе доля детей, засыпавших при кормлении, достигла 14%, до 19% увеличилась доля детей, засыпающих самостоятельно (один в комнате или один в постели); также увеличилась до 50% доля тех, кого родители перед сном укачивали в постели. Вместе с тем существенно и статистически значимо (с 41 до 5%) сократилась частота случаев укачивания детей на руках, а также — засыпания в постели с родителями (с 25 до 13%). Во 2-й группе также отмечалась положительная динамика, но статистически значимых изменений не наблюдалось.

Таблица 3. Динамика засыпания у детей в процессе лечения, n (%)

Table 3. Dynamics of sleep initiation in treated children, n (%)

Характеристика (возможно несколько ответов)	1-я группа, n=64		2-я группа, n=50	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Длительность засыпания, мин	44,2±3,1	26,2±4,8***	38,2±4,6	33,4±3,0
Засыпает в отдельной комнате, n (%)	8 (13)	12 (19)	7 (14)	9 (18)
Засыпает один в кровати, n (%)	8 (13)	12 (19)	7 (14)	9 (18)
Засыпает при кормлении, n (%)	4 (6)	9 (14)	5 (10)	8 (16)
Укачивается в кровати, n (%)	10 (16)	32 (50)##	11 (22)	13 (26)
Засыпает в постели родителей, n (%)	16 (25)	8 (13)	12 (24)	8 (16)
Укачивается на руках, n (%)	26 (41)	3 (5)#	15 (30)	12 (24)

Примечание. * — внутригрупповые различия (до и после лечения) значимы (*t*-критерий Вилкоксона, $p < 0,001$); ** — межгрупповые различия значимы (*U*-критерий, $p < 0,001$); # — межгрупповые различия частот значимы (*F*-критерий, $p = 0,004$); ## — межгрупповые различия частот значимы (критерий χ^2 , $p = 0,009$).

Note. * — ingroup differences (before and after treatment) are significant, *t*-criteria Wilcoxon, $p < 0,001$; ** — ingroup differences are significant, *U*-criteria, $p < 0,001$; # — ingroup differences are significant, *F*-criteria, $p = 0,004$; ## — ingroup differences of frequencies are significant, criteria χ^2 , $p = 0,009$.

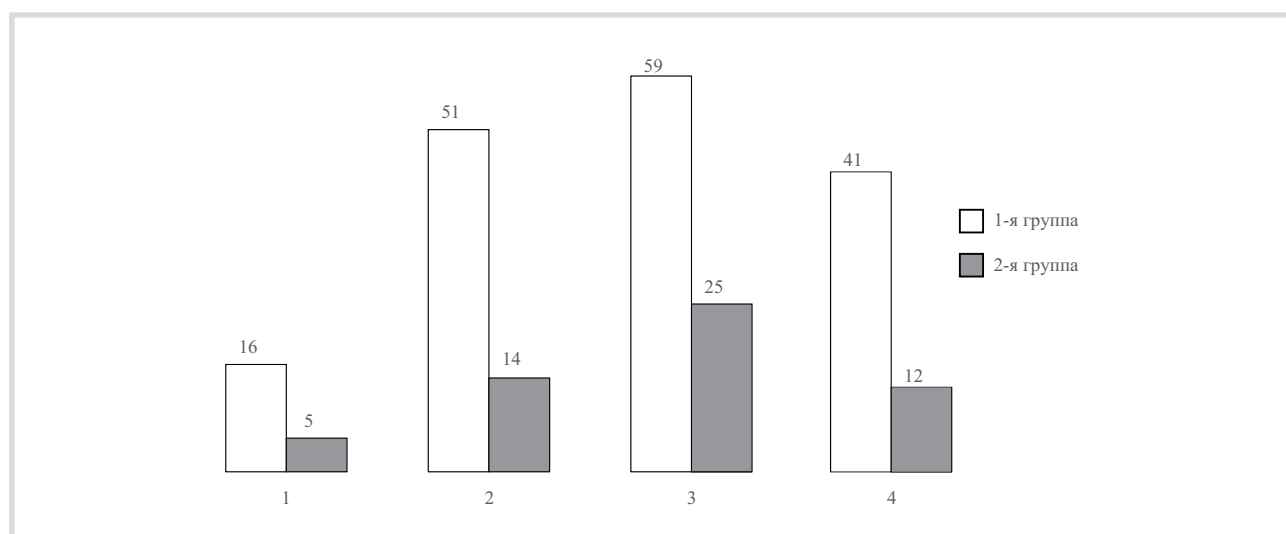


Рис. 1. Изменения (в %) средних значений оцениваемых показателей сна до и после лечения (полный курс 28 сут).

1 — увеличение продолжительности ночного сна; 2 — уменьшение количества ночных пробуждений; 3 — снижение продолжительности ночного бодрствования; 4 — сокращение продолжительности периода засыпания.

Fig. 1. Changes (in %) of average values of quantitative parameters of sleep before and after treatment.

1 — increase in duration of night sleep; 2 — decrease in number of night awakenings; 3 — decrease in duration of night wakefulness; 4 — reduction of duration of falling asleep.

Таким образом, у детей 1-й группы на фоне терапии продолжительность засыпания сократилась в 1,7 раза (против 1,1 раза во 2-й группе), в 8,7 раза уменьшилась доля детей, засыпающих на руках (в 1,3 раза во 2-й группе) и в 2 раза — в постели у родителей (в 1,5 раза во 2-й группе). На этом фоне в 3,2 раза выросло число детей, которые успешно засыпали при укачивании в своих кроватях (по сравнению с 1,2 раза во 2-й группе). Длительность ночного сна в среднем увеличилась на 1,5 ч (0,5 ч во 2-й группе). Значительная динамика отмечалась в эмоционально-поведенческом состоянии детей после терапии: уменьшились раздражительность, возбудимость, утомляемость, тревожность, суммарный балл оценки достоверно улучшился практически в 3 раза (в 1,3 раза во 2-й группе; $p < 0,01$).

Среднее значение оценки по шкале IMOS (рис. 2) после окончания лечения составило в 1-й группе $4,2 \pm 0,7$ балла против $2,6 \pm 0,7$ балла во 2-й группе ($p < 0,001$). Согласно данным частотного анализа (см. рис. 2), в 1-й группе у 20 (31%) детей, по мнению врачей, было достигнуто полное выздоровление, у 37 (58%) — значительное улучшение, состояние 4 (6%) пациентов характеризовалось как улучшение, лишь у 3 (5%) пациентов динамики не отмечалось. Во 2-й группе полного выздоровления, по врачебной оценке, добиться не удалось: у 5 (10%) детей констатировали значительное улучшение, у 23 (46%) — улучшение, у 19 (38%) пациентов динамики не наблюдалось. Кроме того, у 3 (6%) пациентов 2-й группы врачи отметили незначительное ухудшение на фоне поведен-

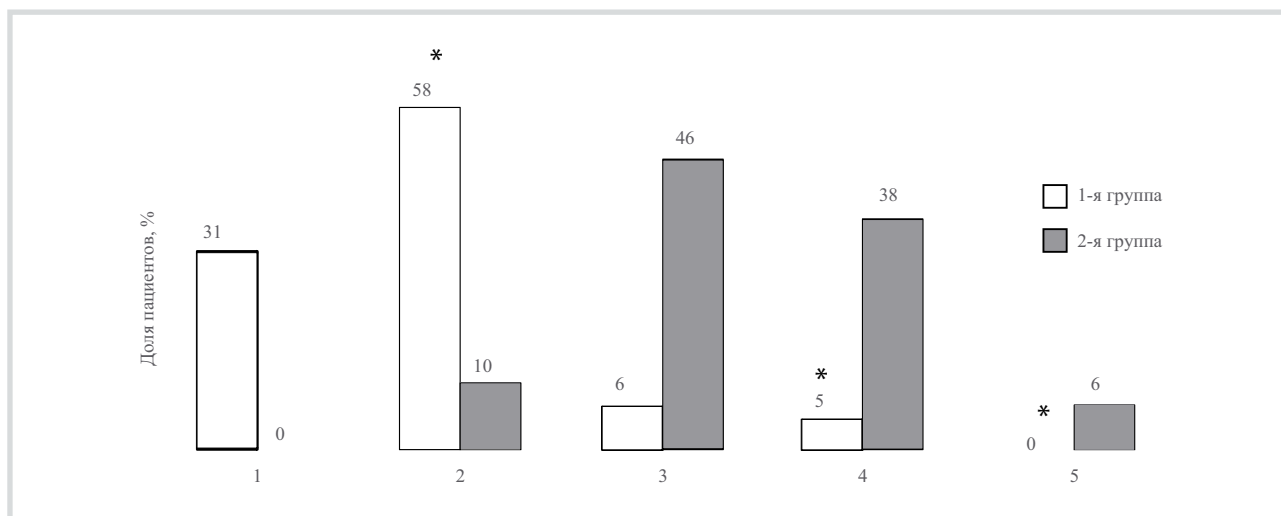


Рис. 2. Распределение различных вариантов оценок по шкале IMOS после окончания лечения (полный курс 28 сут).

1 — полное выздоровление; 2 — значительное улучшение; 3 — улучшение; 4 — без динамики; 5 — ухудшение состояния. * — различия значимы ($p < 0,01$).

Fig. 2. Spreading of different variants of evaluation IMOS on 28th day of treatment.

1 — complete recovery; 2 — significant improvement; 3 — improvement; 4 — no dynamics; 5 — worsening. * — differences are significant, $p < 0,01$

ческой терапии. К моменту завершения лечения в 1-й группе доля детей с выздоровлением или значительным улучшением составила 89% против 10% в группе 2 (F -критерий, $p < 0,001$).

По данным ЭЭГ, у пациентов отмечались следующие изменения: уменьшение длительности процесса засыпания (менее 15—20 мин) с более быстрым достижением стадии поверхностного сна (у 84 и 40% детей в 1-й и 2-й группах соответственно); уменьшение числа фрагментарных и полных пробуждений (в отдельных случаях в 2 раза и более) и беспокойства ребенка с достижением, в отдельных случаях, глубоких стадий сна (обычно 3-я стадия ФМС) — 45,3% у детей 1-й группы и 18% во 2-й группе.

По данным нейросонографии с доплерографией у 28,1% детей выявлялась редукция изменений в передней мозговой артерии и нормализация скорости кровотока в вене Галена.

При завершающей оценке по интегральной шкале IMPSS (рис. 3) 70% родителей пациентов 1-й группы высказали полную удовлетворенность терапией (против 12% родителей 2-й группы); 40% родителей детей 1-й группы (16% — во 2-й группе) остались удовлетворенными лечением; нейтральную оценку дали 6% родителей из 1-й группы и примерно 4% — 2-й группы. Значительная доля родителей детей 2-й группы отметили, что не удовлетворены лечением, причем 8% — в значительной степени. В 1-й группе доля родителей, оценивших лечение неудовлетворительно, составила 8%. Среднее значение по шкале IMPSS в 1-й группе было статистически значимо более высоким, чем во 2-й группе: $4,5 \pm 0,9$ балла и $3,1 \pm 1,3$ балла соответственно ($p < 0,001$).

Средний показатель переносимости лечения в 1-й группе составил $3,3 \pm 0,5$ балла против $1,9 \pm 0,7$ балла во 2-й группе ($p < 0,001$). В 1-й группе 38% родителей оценили переносимость терапии как отличную (во 2-й группе максимальная оценка не регистрировалась), оценка «хорошо» была получена от 59 и 20% родителей в 1-й и 2-й группах соответственно; в 3 балла (удовлетворительно) переносимость терапии оценивалась 3% родителей пациентов 1-й группы и 1/2 родителей из 2-й группы. Не удовлетворены переносимостью поведенческой терапии были 30% родителей пациентов 2-й группы, что следует рассматривать не в аспекте развития нежелательных явлений, но в связи с трудностями в ее реализации. В целом отличная и хорошая переносимость лечения ИН в 1-й группе встречалась значимо чаще: у 62 (97%) детей по сравнению со 2-й группой — у 10 (20%) детей ($p < 0,001$).

Обсуждение

НС и проблемы засыпания у детей раннего возраста чаще являются полиэтиологической проблемой. В раннем возрасте наиболее часто встречается поведенческая ИН, возникающая на фоне несоблюдения в семье режима и гигиены сна. В ряде случаев имеют место нарушения ассоциаций засыпания, при которых формируется стереотип засыпания при обязательном участии родителей (кормление, укачивание, присутствие родителя) или во взаимодействии с другими объектами (соска, бутылочка со смесью). Кроме того, встречается поведенческая ИН по типу нарушения установок засыпания (отказ ложиться спать в определенное время и в своей кроватке) [1].

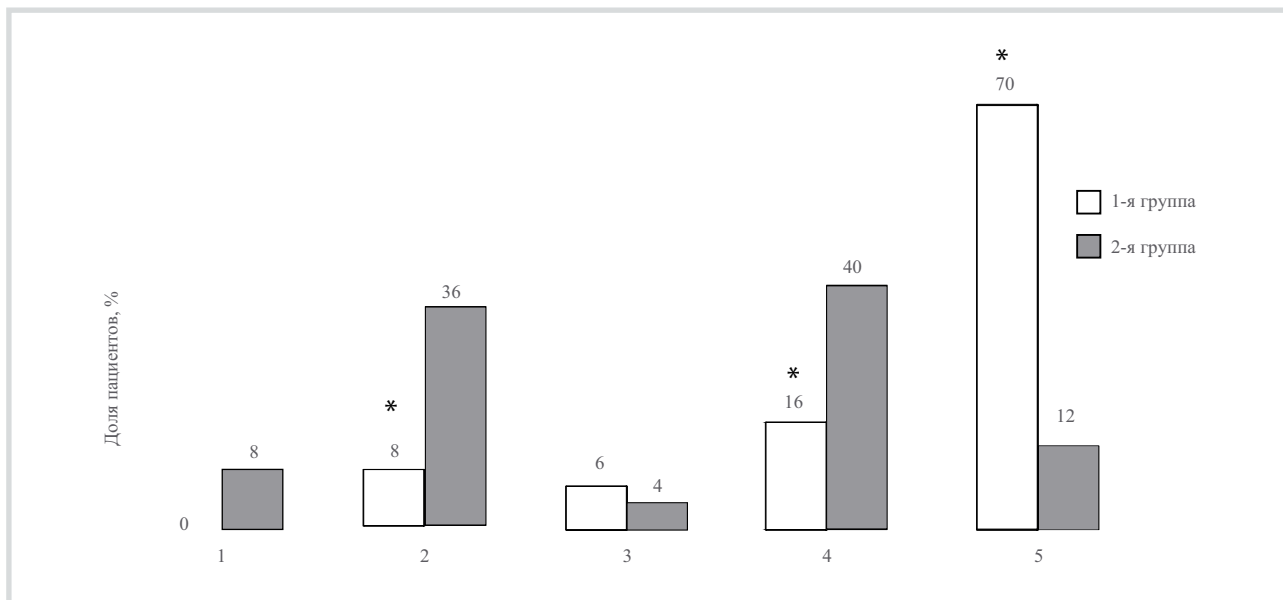


Рис. 3. Распределение оценок по шкале IMPSS после окончания лечения (полный курс 28 сут).

1 — крайнее неудовлетворение; 2 — неудовлетворение; 3 — нейтрально; 4 — удовлетворение; 5 — полное удовлетворение. * — различия значимы ($p < 0,01$).

Fig. 3. Spreading of different variants of evaluation IMPSS on 28th day of treatment.

1 — extremely unsatisfied; 2 — unsatisfied; 3 — neutral attitude; 4 — satisfied; 5 — completely satisfied. * — differences are significant, $p < 0.01$.

С учетом доминирующей роли поведенческой ИН, а также роли ЦНС в развитии НС, были разработаны поведенческие методики, позволяющие научить ребенка грудного возраста засыпать самостоятельно, в том числе и методика постепенного погашения в присутствии родителя. Данные методы предусматривают четкое и неукоснительное следование рекомендациям и соблюдение последовательности перехода от одного этапа к другому. Нарушение этих правил приводит к тому, что время лечения существенно увеличивается или методика оказывается неэффективной. При этом следует признать, что этот метод в целом характеризуется относительно медленным достижением результатов. К тому же в условиях реальности родителям, как правило, слабо удается следовать инструкциям метода, поскольку его реализация требует серьезного и системного пересмотра режима и поведения всех членов семьи ребенка. Именно вследствие этого являются высокоактуальными поиск и разработка медикаментозных методов коррекции НС при условии наличия у лекарственных препаратов не только доказанной эффективности, но и благоприятного профиля безопасности.

Установлены высокая клиническая эффективность и хорошая переносимость дормикинда в лечении НС и трудностей засыпания у детей раннего возраста, подтвержденные методами объективной оценки состояния ЦНС и процессов сна. Помимо способности влиять на процессы сна и засыпания, дормикинд редуцирует выраженность невротических проявлений (возбудимость, раздражительность, гиперактивность), также способствует более комфорт-

ному процессу засыпания и позволяет ребенку и родителям быстрее отказаться от применения дополнительных воздействий (дополнительное кормление, использование соски, присутствие при засыпании, укачивание, просмотр мультфильмов и др.).

Согласно данным настоящего исследования, сокращение периода засыпания и уменьшение количества ночных пробуждений в 1-й группе было в 3,8 раза и в 4 раза более выраженным, чем во 2-й группе. Увеличение продолжительности ночного сна в группе детей, принимавших дормикинд, было в 3 раза более выражено, чем в группе пациентов, получавших поведенческую терапию. Преимущество в уменьшении средней оценки нарушений в эмоциональной сфере также наблюдалось у детей 1-й группы (разница в 3,3 раза). Возможность более четкого и быстрого достижения клинических результатов в совокупности с высокой безопасностью дормикинда позволяет оценить его применение как высокоперспективный метод лечения НС. При сравнении изменений основных контролируемых признаков (характеристики процессов сна и засыпания, а также состояния психоэмоциональной сферы) было показано преимущество метода лечения с применением препарата дормикинд над сравниваемым методом поведенческой терапии.

Полученные в настоящем исследовании данные позволяют сделать следующие выводы:

Дормикинд оказывает комплексное лечебное действие при терапии расстройств сна и засыпания у детей, подтверждающееся положительными субъективными и объективными оценками и критериями. Лечебные эффекты становятся статистически

значимыми уже к 14-м суткам терапии и нарастают к периоду завершения терапии. Применение дормикинда у детей отличается высокой эффективностью и хорошей переносимостью. Дормикинд является препаратом выбора в лечении нарушений засыпаний и сна у детей раннего возраста, который

можно рекомендовать для широкого применения в педиатрии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Полуэктов М.Г., Пчелина П.В. Сон у детей: от физиологии к патологии. *Медицинский совет*. 2017;9:97-102. Ссылка активна на 29.05.19. Poluektov MG, Pchelina PV. Son u detej: ot fiziologii k patologii. *Medicinskij Sovet*. 2017;9:97-102. Accessed May 29, 2019. (In Russ.). <https://cyberleninka.ru/article/n/son-u-detey-ot-fiziologii-k-patologii>
2. Немкова С.А., Маслова О.И., Заваденко Н.Н., Ли Т., Володин Н.Н., Доровских В.А., Каркашадзе Г.А., Мамедьяров А.М., Алтунин В.В., Абашидзе Э.А., Кожевникова О.В., Нестеровский Ю.Е. Комплексная диагностика и коррекция нарушений сна у детей. *Педиатрическая фармакология*. 2015;2:180-189. Nemkova SA, Maslova OI, Zavadenko NN, Li T, Volodin NN, Dorovskikh VA, Karkashadze GA, Mamed'yarov AM, Altunin VV, Abashidze EA, Kozhevnikova OV, Nesterovskij YuE. Integrated Diagnostics and Correction of Sleep Disorders in Children. *Pediatricheskaya Farmakologiya*. 2015;2:180-189. (In Russ.). <https://doi.org/10.15690/pf.v12i2.1281>
3. *МКБ-10*. М.: Медицина; 2003. *МКБ-10*. М.: Медицина; 2003. (In Russ.).
4. Полуэктов М.Г., Троицкая Н.В., Вейн А.М. *Нарушение сна детей в амбулаторной практике*. М.: Сомнологический центр МЗ РФ; 2001. Poluektov MG, Troickaya NV, Vein AM. *Narushenie sna detei v ambulatornoi praktike*. М.: Somnologicheskij centr MZ RF; 2001. (In Russ.).
5. Petit D, Touchette E, Trambly RE, Boivin M, Montplaisir J. Dyssomnias and Parasomnias in Early Childhood. *Pediatrics*. 2006;119(5):1016-1025. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2132>
6. Roth T. Insomnia: Definition, Prevalence, Etiology, and Consequences. *J Clin Sleep Med*. 2007;3(5):7-10. Accessed May 29, 2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1978319>
7. Пчелина П.В., Полуэктов М.Г. Как лечить инсомнию раннего детского возраста. *Эффективная фармакотерапия*. 2016;19:52-59. Ссылка активна на 29.05.19. Pchelina PV, Poluektov MG. Kak lechit' insomniiu rannego detskogo vozrasta. *Effektivnaya Farmakoterapiya*. 2016;19:52-59. Accessed May 29, 2019. (In Russ.). https://umedp.ru/articles/kak_lechit_insomniyu_rannego_detskogo_vozrasta.html
8. Хачатрян Л.Г., Быкова О.В., Никитина Е.Д., Касанабе Е.В. Способы коррекции невротических проявлений у детей. *Русский медицинский журнал*. 2016;24(24):1634-1638. Ссылка активна на 29.05.19. Hachatryan LG, Bykova OV, Nikitina ED, Kasanabe EV. Sposoby korrekcii nevroticheskikh proyavlenij u detej. *Russkij Medicinskij Zhurnal*. 2016;24(24):1634-1638. Accessed May 29, 2019. (In Russ.). https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Sposoby_korrekcii_nevroticheskikh_proyavleniy_u_detey
9. Jong MC, Ilyenko L, Kholodova I, Verwer C, Burkart J, Weber S, Keller T, Klement P. A comparative randomized controlled clinical trial on the effectiveness, safety and tolerability of homeopathic medicinal product in children with sleep disorders and restlessness. *HPC. Evidence — based Complementary and Alternative Medicine*. 2016;2016:1-11. <https://doi.org/10.1155%2F2016%2F9539030>
10. Owens JA, Moore M. Insomnia in Infants and Young Children. *Pediatr Ann*. 2017;46(9):321-326. <https://doi.org/10.3928/19382359-20170816-02>

Поступила 16.05.19.

Received 16.05.19.

Принята к печати 28.05.19.

Accepted 28.05.19.