

Dr. Gál Éva

# Alvászavarok gyermekkorban

Alvászavarokkal gyakran találkozunk csecsemő- és kisdedkorban, iskoláskorúaknál és serdülőknél. A 0-18 éves korosztály mintegy 20-30%-ánál fordul elő valamilyen alvással kapcsolatos probléma. A szülők a domináló panasz szerint (elalvási nehézség, gyakori ébredés, légzészavar, horkolás, alvás alatti mozgásjelenségek, iskolai teljesítmény romlása) gyermekgyógyászt, neurológust, fül-orr-gégészt, pszichológust keresnek fel. A panaszok ezen sokfélesége miatt fontos, hogy minden gyermekkel foglalkozó szakember széleskörű ismerettséggel rendelkezzen a gyermekkori alvászavarokról. A betegek kivizsgálása, a diagnózis felállítása, a terápia team-munka eredménye, ezért helyes, ha mindez a korszerű, poliszomnográfal felszerelt, kórházi háttérrel rendelkező alvászabotóriumban történik.

Az alvásmedicina nagyon fiatal, mindössze 50 éves szakága az orvostudománynak. Az eltelt fél évszázad során nagyon sok ismeret halmozódott fel a fiziológiás és a kóros alvásról. Az alvászavarok osztályozására is több kísérlet történt. Az ASDA (American Sleep Disorders Association) jelenleg is érvényben lévő 1997-es klasszifikációja (International Classification of Sleep Disorders) főleg a felnőttkori alvászavarok csoportba sorolásához használható.

Gyermekeknél az alvással kapcsolatos tünetek, panaszok, kóros állapotok besorolásához- gyakoriságukat is figyelembe véve- a következő kategóriákat használjuk:

- Elalvási zavarok
- Átalvási zavarok-éjszakai felébredések
- Alvásfüggő légzészavarok
- Parasomniák

Az újszülöttek, kis csecsemők alvása mind mennyiségileg, mind minőségileg különbözik a nagyobb gyermekétől, illetve a felnőttekétől. Az újszülöttek napi 16-18 órás alvása az iskoláskorra csökken le napi 10-11 órára. A fiatal csecsemők alvás-

ébredés fázisa 3-4 óránként változik (bár már ilyenkor is kimutatható, hogy éjszakára több alvás jut). Egy éves korban már csak egyszer alszik nappal a kisded, ebéd után, és a napali alvás igénye iskoláskorra tűnik el.

Alvásfázisok már a méhen belüli életben is kimutathatók. REM (Rapid Eye Movements) fázis a magzati élet 6-7. hónapjától, nonREM a 7-8. hónaptól. Az érett újszülöttek az alvási idő 50%-át, a koraszülöttek a 80%-át REM fázisban töltik, a felnőttre jellemző 25-75%-os arány csak az iskoláskor végére alakul ki. Az alváskutatókat élenként foglalkoztatja a méhen belüli és a fiatal csecsemőkori REM túlsúly kérdése. Mivel a REM, az álomlátás fázisában az agy egy különleges, az ébredéshez hasonló aktív állapotban van, feltételezik, hogy az agy éréséhez, tanulási-érzékelési folyamatokhoz szükséges az alvási időn belüli magas REM arány.

Az élet első hat hónapjában a nonREM fokozatai sem különíthetők el, így a kora csecsemőkori hypnogramján az ébredés, az aktív alvás (REM) és a nyugodt alvás (nonREM) jellegzetes EEG mintája ábrázolódik.

## Elalvási zavarok

Elalvási zavarról akkor beszélünk, ha a csecsemő, kisded önmagától, egyedül nem tud, illetve az idősebb kisgyermek nem akar elaludni.

A csecsemők elalvási nehézségei általában rossz altatási szokásokra vezethetők vissza. Az újszülöttjükkel a kórházból boldogan hazatérő szülőket írásban-szóban temérdek tanáccsal látják el sok fontos kérdésben, csak arról nem esik szó, hogyan neveljük jó alvóvá gyermekünket. Az egyedül elalvás képessége ugyanis nem veleszületett, hanem tanult folyamat. Ha a fiatal csecsemő sírását a szülők rosszul értelmezik, és a rövid, szeretetteljes megnyugtató helyett szükségtelen altatási rítusokat vezetnek be (ringatás, tologatás a babakocsiban, újabb etetés), a kisbaba hamar megtanulja összekapcsolni az elalvást a szülői jelenléttel, vagy egyéb számára kellemes cselekvésekkel.

Az idősebb, óvodáskorú gyermekek mintegy 7,5%-ban panaszkodnak a szülők az esti lefektetés nehézsége-

iről. Ennek a legtöbb esetben az az oka, hogy a szülők az eseti lefektetés idejét nem a gyermek fáradtságához igazítják (kezdődik az esti film, ilyenkor a gyermeknek már ágyban a helye, stb.) Alapszabály, hogy csak álmos gyermek (és felnőtt) tud elaludni. A helyesen megválasztott és következetesen betartott időpont, a lefekvést megelőző rendszeres cselekvések (vacsora, evés, mese) segítik a helyes alvási szokások kialakulását. Azokban az esetekben, ha a 2-3 éves gyermek ugyan szó nélkül megy az ágyába, de ezután hosszú ideig nem tud elaludni, gyakran az a probléma, hogy gyermekünk nem tanult meg egyedül elaludni. Fontos hangsúlyozni, hogy ezt könnyebb megelőzni, mint a már rögzült, rossz elalvási szokásokat átépíteni, ami türelmet, kitartást, következetességet igényel. Hiba lenne azonban az elalvási zavarok hátterében „csak” nevelésszoktatási hibákat keresni. Komoly családi konfliktusok, szakember segítségét igénylő lelki sérülések is okozhatják a panaszokat.

## Átalvási zavarok, éjszakai ébredések

Egészséges csecsemők hypnogramját vizsgálva tudjuk, hogy minden csecsemő 4-6-szor felébred éjszánként, a REM fázis után, az új alvásciklus kezdetekor. Ezek a felébredések általában nem tudatosulnak, a csecsemő néhány másodperc múlva visszaalszik. Azok a csecsemők azonban, akik nem tudnak egyedül elaludni, hosszabban ébren maradnak, sírnak, és szüleik segítségét igénylik a visszaalváshoz. A rövid ébredések ugyanis ellenőrző funkciót töltenek be, hogy minden úgy legyen körülöttünk, mint elalváskor volt. Ha a csecsemő anyja karjában, vagy etetés közben, vagy kocsi ringatva alszik el, visszaaludni is csak ilyen feltételek mellett tud. Ha nevelésszoktatási hibát nem követtünk el, 5-6 hónapos kortól csecsemőnk átalussza az éjszakát. Természetesen a nyugtalan alvás, gyakori ébredések hátterében betegség is állhat (pl. tehéntej-allergia), ezért az ilyen panaszokkal jelentkező családoknál is a részletes, pontos anamnézis és a csecsemő gondos kivizsgálása szükséges.

Dr. Gál Éva

Fővárosi Önkormányzat

Madarász Utcai Csecsemő- és Gyermekkorház  
1131 Budapest, Madarász V. u. 22-24.

### Alvásfüggő légzészavarok

- OSAS – obstructív alvási apnoe szindróma
- Csecsemőkori alvási apnoe
- Congenitalis hypoventilatio szindróma
- Hirtelen csecsemőhalál szindróma, Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)

### OSAS

Az obstructív alvási apnoe szindróma horkolással, hangos légzéssel erőltetett légzőmozgásokkal, apnoeal, hypopnoeal, következményes hypoxiával, hypercapniával járó légzészavar.

Patomechanizmusában a légutakra ható, a pharynxot nyitva tartó izmok erejét meghaladó negatív nyomás, illetve a felső légutak fokozott ellenállása szerepel. Gyermekkorban ez utóbbinak van jelentős szerepe, a leggyakoribb kiváltó okok a pharynx anatómiai szűkületét okozó rendellenességek (adenoid és/vagy tonsillahypertrophia, craniofacialis dysmorphiák). Obstructív alvási apnoe kialakulásához vezethetnek az agytörzsi vagy agyideg-károsodások, és a különböző neuromuscularis betegségek is. A tünetek változatos kombinációkban fordulnak elő. Az éjszakai horkolás, hangos, szuszogó légzés, légzéskimaradás, nyugtalan alvás szinte kivétel nélkül jelentkezik, de jellegzetes nappali tünetek is előfordulnak, amit a szülők nem hoznak kapcsolatba az alvászavarral, és a gyermek koncentrációzavarát, agresszív magatartását, rossz iskolai teljesítményét valamilyen betegséggel magyarázzák.

Ha az OSAS tartósan fennáll, akár krónikus légzési-keringési következményekkel, pulmonális nyomás-emelkedéssel, cor pulmonaleval is járhat!

A diagnózis felállításában a részletes anamnézisen, az alapos gyermekgyógyászati és gégeészeti vizsgálaton kívül döntő jelentőségű a polyszomnográfia. A kiértékelés lényege a nemzetközi standardokon alapuló RDI (respiratory disturbance index), mely az 1 óra alvásra eső apnoe és hypopnoeok számát mutatja. Jellegzetes lehet az alvásszerkezet megváltozása is. A vizsgálat segítségével az OSAS elkülöníthető az ártalmatlan, terápiát nem igénylő horkolástól.

A leggyakoribb terápiás beavatko-

zás az adenotomia és a tonsillectomia. A műtét eredményességét jelzi a kontroll polyszomnográfia negatív-vá válása is. Speciális esetekben külföldön már gyermekeknél is alkalmazzák a hazánkban – felnőtt betegeknél – jól bevált otthoni CPAP készüléket OSAS kezelésére.

### Csecsemőkori alvási apnoe

A csecsemőkori alvási apnoe – számos fajtája különböztethető meg – lényege a légzés kimaradása, vagy a légzőmozgások inefektívítása, a légáramlás megszűnése, illetve olyan egyéb tünetek (elsápadás, izomtónus változás, stb.) jelentkezése, melyek apnoe kísérőjelenségei lehetnek. A légzőközpont éretlensége, vagy sérülése, betegsége „centrális” apnoeakkal járhat, de gyakori a légutak összeesése miatti obstructív, illetve az előbbiek kombinációja következtében fellépő kevert forma is. A légutak nyitva tartása aktív beidegzést, izomműködést és tónust feltételez. Ennek a bonyolult, finoman összehangolt tevékenységnek számos ponton lehetősége zavara.

E jelenségek gyakoriak újszülött- és csecsemőkorban, súlyos perinatális történések után, máskor infekciók következményeként, vagy a központi idegrendszer betegségei, anyagcserezavarok, valamint légúti, vagy kardiális rendellenességek esetében fordulhatnak elő.

E betegségcsoportokhoz sorolható az ALTE („apparent life-threatening events”) is: ez a csecsemőkori – bármely napszakban előforduló – alvási apnoe komplex formája, ahol a légzészavarhoz keringési és tudatzavar is társulhat. A hirtelen csecsemőhalál (SIDS) rizikótényezőként tartják számon.

A GOR (gastro-oesophagealis reflux), ALTE és apnoe közötti kapcsolatot hazai szerzők is feldolgozták kitűnő munkáikban. A csecsemőknél gyakori, kistökű, „fiziológiás” refluxszal szemben az apnoeal kísért esetekben a polyszomnográfia elvégzése elengedhetetlen. A vegetatív tünetekkel és kóros következményekkel szövődött gastrooesophagealis reflux-betegség kezelendő, megszűnésével az alvás alatti légzészavar is rendeződik.

### Congenitalis hypoventilatio syndroma („Ondine átka”)

Ritka, de súlyos betegség. Lényege a vegetatív szabályozás zavara,

hiánya, ezért a megfelelő gázcsereért biztosító légzés csak kérgi irányítással, éber állapotban lehetséges. A polyszomnográfias vizsgálattal jól látható a betegség lényege: mély alvásban csökken a légzésszám, súlyos hypoxia, hypercapnia lép fel, míg REM fázisban, amikor az ébrenléthez hasonlóan nemcsak automatizmus, hanem kérgi irányítás is működik, a tünetek lényegesen javulnak.

### SIDS

#### (Sudden infant death syndrome, hirtelen csecsemőhalál szindróma)

A hirtelen csecsemőhalál fogalmába azok a tragikus csecsemőkori halálesetek tartoznak, amikor az addig egészségesnek látszó csecsemőt halottan találják, és a halál oka sem a részletes anamnéziséből, sem a post mortem vizsgálatokból nem derül ki. A diagnózis tehát kizárásos, a SIDS oka máig ismeretlen. Mai ismereteink szerint a bölcsőhalált multifaktoriális történésnek gondoljuk, amelyben az agytörzsi kardiorespiratorikus koordináció zavara, az arousal (ébredési) funkció éretlensége és az autoreszuszcitáció elmaradása együttesen vezetnek a fatális kimenetelhez. A SIDS irodalma szinte kimeríthetetlen, részletes ismeretek az irodalomjegyzékben felsorolt munkákban olvashatók.

Jelen cikk anyagába az tartozik, hogy szoros kapcsolatos feltételeznek az alvás alatt jelentkező apnoe és a SIDS között. Az előbbieket hajlamosító tényezőnek tartva, a prevenció program része a veszélyeztetett csecsemők polyszomnográfias vizsgálata, mely kimutatja az esetleges alvás alatti légzészavart, a kóros számú illetve hosszúságú apnoeokat, de önmagában nem alkalmas a SIDS előjelzésére.

A bölcsőhalál nem gyógyítható, ezért a megelőzésre kell törekedni. Világszerte széleskörű propaganda folyik az ismert kockázati tényezők lehetséges kiküszöbölésére. A prevenció kulcskérdése a veszélyeztetett csecsemők kiszűrése, kivizsgálása, gondozása.

### Parasomniák

A parasomniák közé azokat az alvászavarokat soroljuk, amelyeknél az alvás alatt szokatlan, nemkívánatos motoros és vegetatív tünetek lépnek fel.

#### Ritmikus mozgászavar betegség

Az alvás-ébrenlét zavar következtében kialakuló parasomnia. A képet

sztereotip mozgások jellemzik, melyek főleg az alvás kezdetén, időnként a végén jelennek meg. A mozgásformák széles spektruma fordul elő, a fej ütögetése, görgetése, a törzs hintáztatása. Leggyakoribb a fej ritmusos ütögetése az ágyhoz, vagy a törzs ütemes hintáztatása, gyakran zümmögő hangok kíséretében. A tünetek általában 9 hónapos kor előtt kezdődnek, és az életkor előrehaladtával csökkennek, majd megszűnnek.

Az esetek többségében kezelésre nincs szükség, elegendő a szülők megnyugtató, hogy benignus, önmagától gyógyuló jelenségről van szó.

#### Somnambulismus (alvajárás)

Ébredési zavar következtében kialakuló parasomnia, melyben az alvás és az ébrenlét elemei – és EEG jellegzetességei – együttesen fordulnak elő. A jelenség oka nem ismert, a családi halmozódás genetikai háttérre utal. Leggyakoribb 5-15 éves kor között. Mivel nonREM fázisban fordul elő, a tünetek általában az éjszaka első felében jelentkeznek. A gyermek nyitott szemmel járka a lakásban, eközben ehet-ihat, dolgát végzi, ajtókat is kinyitva távolabbi helyre is mehet, majd mintegy 10 perc elteltével alszik tovább. Felébresztési szinte lehetetlen, de értelmetlen is, a történetekre másnap amnéziás.

Az alvajárással rokon, de annál ijesztebb tünetcsoport a *pavor nocturnus*-nak, vagy éjszakai felriadásnak nevezett kép. Ugyancsak az éjszaka első felében, többnyire az elalvás után 1-4 órával, nonREM fázisban jelentkezik. A gyermek hirtelen felül, felsír, majd hangos artikulátlan üvöltés, sikítás, zokogás következik. Tág pupillákkal néz a távolba, környezetét nem ismeri fel, megnyugtathatatlan, vigasztalhatatlan, tachypnoes, tachycard, ütheti önmagát vagy az őt megnyugtató próbáló szülőt. A roham néhány percig tart, a gyermek hirtelen visszaalszik, és másnap nem emlékszik a történetekre.

Mindkét esetben a szülők megnyugtatója a legfontosabb feladat, gyógyszeres kezelésre általában nincs szükség. A szülőknek el kell magyarázni, hogy a gyermek a látás ellenére alszik, ezért ne ébresszék, nyugtassák, mert ez eredménytelen. A gyermek testi épségét azonban óvni kell, mellette kell maradni, míg visszafekszik, illetve megnyugszik. Bármilyen ijesztőek is az

éjszakai tünetek, jóindulatú, önmagától elmúló, átmeneti zavarról van szó.

#### Rémálmok

Az előzőektől eltérően REM-parasomniáról van szó. A 3-6 éves korosztályban igen gyakran fordulnak elő lidérces álmok. Alkalmi előfordulása nem tekinthető kórosnak, hiszen a mai rohanó világban az esti mesét gyakran a televízió pótolja és az ott látottak folytatódnak az álmokban. Ha azonban visszatérő jelenségről van szó, súlyos pszichés zavar, szorongás állhat a háttérben, melynek tisztázása, feloldása szaksegítség igényel.

A parasomniák közé tartozik az *enuresis nocturna* is. A gyermekek mintegy 15%-át érinti a probléma, mely megnehezíti a gyermekek közösségbe illeszkedését. A kérdésnek igen jelentős irodalma van, és a jól képzett szakemberek igen jó eredményeket érnek el a kezelés területén. Az ő munkájukat segíti a polyszomnográfias vizsgálat, melyen látható, hogy az enuresis az alvás melyik szakaszában történik.

Jelen cikk keretei nem teszik lehetővé, hogy jobban elmélyedjünk a gyermekkori alvászavarok ismertetésében. Célunk az volt, hogy gyakorló orvos kollégáink figyelmét felvívjuk az új ismeretekre. A témáról részletesebben az irodalomjegyzékben felsorolt kitűnő munkákban olvashatnak az érdeklődők.

#### Összefoglalás

Az alvászavarok gyakoriak gyermekkorban. Bizonyos tünetekkel csak gyermekeknél találkozunk, és vannak olyan betegségek, melyek a felnőttektől eltérő tünetekkel, más etiológiával jelentkeznek.

Néha komoly betegségek állnak az alvással kapcsolatos panaszok hátterében, de enyhe alvászavarok is komoly problémát okozhatnak a családnak.

A szerző a gyermekkorban leggyakrabban előforduló alvászavarokat ismerteti.

Fontos, hogy a gyakorló orvos megfelelő ismeretekkel rendelkezzen a gyermekkori alvászavarokról, a szükséges vizsgálatokról és a lehetséges terápiáról.

#### Felhasznált irodalom:

- Anders TF, Eiben LA: *Pediatric sleep disorders. A review of the past 10 years.* J. Am. Acad. Childs Adolesc. Psychiatry 1997;36(1), 9-20.
- Blader J-C, Koplewicz H-S, Abicoff H: *Sleep problems of elementary school children.* Arch. Pediatric. Adolesc. Med. 1997; 15, 473-480.
- Dunitz-Scheer M, Scheer P, Wilken M, et al: *Schlaf und Schlafstörungen bei Kleinkindern.* Padiatrie und Padologie 1998; 2, 28-38.
- Ferber RA: *Solve your child's sleep problems.* New York. Simon and Schuster, 1985.
- Gál Éva: *Gyermekkori alvászavarok.* In: Novák M. szerk: *Az alvás-és ébrenléti zavarok diagnosztikája és terápiája.* Budapest, Okker Kiadó, 2000, 332-356.
- Halász P: *Alvás és alvászavarok.* Budapest, Medicina kiadó, 1982.
- Hirsch A, Sáringer A, Czinner A: *A gastrooesophagealis reflux és apnoe kapcsolata.* Gyermekgyógyászat 1998; 3: 221-226.
- Kahn A, Mozin J, Rebuffat E, et al: *Milk intolerance in children with persistent sleeplessness.* Pediatrics 1989; 84, 595-602.
- Kemény J: *A bölcsőhalál in: Szántó I, Kemény J, Fekete F: Hirtelen halál csecsemőkorban.* Budapest, Springer Hungarica, 1998.
- Köves P: *Az obstructív alvási apnoe szindróma.* Springer. Budapest 1998.
- McNamara F, Sullivan C.E: *Sleep disordered Breathing and its effect on sleep in infants.* Sleep 1996; 19, 4-12.
- Poets C.F, Paditz E: *Obstructives Schlaf-Apnoe Syndrome.* Monatschr. Kinderheilk. 1998; 146, 826-836.
- Schulz (Hrsg): *Kompendium Schlafmedizin für Ausbildung, Klinik und Praxis.* Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung. Ecomed 1997.

## II. Alváskonferencia

A „Magyar Alvásdiagnosztikai és Terápiás Társaság” 2002. november 7-8-án tartja a II. Alváskonferenciát Budapesten.

A konferencia fő témái: Alvás és ébrenléti zavarok neurológiai kórképekben; Mozgászavarok alvásban; Az álmok pszichológiai és neurológiai összefüggései; Légzészavarok alvás alatt; Erektiles diszfunkció és alvás.

A konferenciára várjuk családorvosok, gyermekorvosok, pszichiáterek, neurológusok, pulmonológusok, fül-orr-gégészek, urológusok, pszichológusok jelentkezését. Poszterek bemutatására is lehetőséget biztosítunk.

Résztvételi díj: 7000 Ft, társasági tagoknak: 5000 Ft.

Jelentkezési cím: Prof. Dr. Halász Péter, OPNI I. Neurológiai Osztály, 1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 116. Tel: 391-5435, Fax: 391-5438