

"80% מהילדים על הספקטרום האוטיסטי סובלים מקושי בהרדמות וקושי בשמירה על רציפות השינה"



עוררות יתר, פגמים ב"שעון הביולוגי" ומצבים רפואיים נלווים, הם רק חלק מהסיבות להפרעות שינה אצל ילדים על הספקטרום האוטיסטי

ד"ר אורנה סבר בשיתוף איכילוב

הפרעות בספקטרום האוטיסטי (ASD) הינן הפרעות התפתחותיות-נוירולוגיות בדרגות חומרה שונות, המאופיינות בקושי באינטראקציה חברתית ותקשורתית ובהתמקדות בתחומי עניין מצומצמים והתנהגות חזרתית.

שכיחות הפרעות השינה בילדים על הספקטרום האוטיסטי הינה גבוהה מאד (80%-86%) בהשוואה לאוכלוסיית הילדים הכללית בה השכיחות נעה בין 1%-6%. הפרעות השינה של ילדים על הספקטרום האוטיסטי הן כרוניות ומשפיעות על כל המשפחה. קיימים גורמים רבים להיארעות הגבוהה של

נודדי שינה בילדים על הספקטרום האוטיסטי שכוללים שינויים נוירו-ביולוגיים, גורמים גנטיים, סביבתיים, אימונולוגיים כמו גם תחלואות נלוות:

- גורמים המובילים לחוסר סנכרון של המק"צב הסיקרדיאני ("השעון הביולוגי") – עם הפרעה בבקרה על ייצור או רפוסים שונים של הפרשת מלטונין, הורמון המיוצר בבלוטת האצטרובל במוח ומהווה חלק מהבקרה על השעון הביולוגי.

- פגמים בגנים של השעון הסיקרדיאני.
- עוררות יתר ומודרעות ירודה לרמזים חברתיים וסביבתיים שמסייעים בבקרה על מעגלי העירות-שינה.

- פגמים במערכות השונות המערכות את הת-קשורת בין העצבים הקשורים בשינה במוח.
- מצבים רפואיים נלווים דוגמת אפילפסיה, ריפולקס קיבתי-ושטי, חרדה, דיכאון, הפרעה ב-פולאריט, הפרעות קשב וריכוז ועוד.

מה אומרים המחקרים?

ההסתמנויות הקליניות העיקריות של נודדי שינה בילדים עם ASD הינן קשיים להירדם, קשיים לשמור על רציפות השינה ויקיצות מקודמות.

בשנים האחרונות מצטברות עדויות מרובות בספרות הרפואית אשר מצביעות על השלכות שליליות בטווח הקצר והארוך בילדים עם הפר-עות שינה ביניהן: הפרעות קשב, היפראקטיביות, עצבנות, הפרעות התנהגות, ירידה בהישגים בבית הספר, ועלייה בתחלואה לבבית ומטבולית.

מחקרים רפואיים מצאו שהפרעות שינה ביל-דים עם ASD קשורות לשכיחות גבוהה יותר של

תסמיני חרדה ודיכאון, להחמרה בקשיים ביכולות התקשורת, הקשב והחיברות, להגברת ההתנהגויות הסטריאוטיפיות, וכן להפרעות בוויסות החושי כולל החמרה בגרייה עצמית. כמו כן נמצא כי לילדים עם בעיות שינה יש יותר בעיות התנהגות, יותר התנהגות אגרסיבית, בעיות בכישורי חיים ובהסתגלות, וקשיים בזיכרון. מספר שעות השינה שהילד ישן נמצא קשור למידת החומרה של תסמיני הליבה באוטיזם.

בילדים עם ASD ובעיות שינה נמצאו מרדי בריאות נמוכים יותר המצביעים על איכות חיים פחות טובה. הפרעות השינה בילדים עם ASD מש-פיעות על כל המשפחה. הורים מרווחים על פגיי-עה בתפקוד במשך היום, בתפקוד במקום העבודה, בבריאות הגופנית והנפשית.

הטיפול

היות וכאמור הפרעות השינה של ילדים עם ASD הן הפרעות כרוניות לאורך כל תקופת היל-דות, ההשלכות על הילדים ועל משפחתם משמ-עותיות ורחבות.

הקו הטיפולי הראשון בנודדי שינה בקבו-צה זו הינו הדרכה להורים לגבי שמירה על כללי היגיינת שינה ו/או התערבויות התנהגותיות. חשוב להתייחס לגורמים משפיעים כגון: מצבים רפואיים נלווים ושימוש בתרופות.

הקו הטיפולי השני בנודדי שינה בילדים עם הפרעות על הרצף האוטיסטי הוא שימוש בתרופות המכילות מלטונין. בשל קשיים ברורים ביישום שי-נויים התנהגותיים (תגובה של 25%-30% בלבד לפי הספרות), רבים מהקלינאים המטפלים באוכלוסייה

זו משלבים שימוש במלטונין כבר בשלב מוקדם מאוד בטיפול.

מלטונין, הינו מקדם שינה אנדוגני (פנימי) ור-גולטור של השעון הביולוגי בבני אדם. כמו כן, למלטונין תכונות נוגדות חימצון, נוגדות דלקת והשפעה מחזקת על מערכת החיסון. לאור כל אלה מלטונין יכול לסייע בסנכרון השעון הביולוגי וקי-דום השינה. הפרשת המלטונין בגוף מתחילה מעט לאחר החשיכה, מגיעה לשיא באמצע הלילה, ויור-דת בהדרגה במהלך שעות הבוקר המוקדמות.

האפשרויות התרופתיות בנודדי שינה באוכלוסייה זו הינה מלטונין קצר טווח בהכנה ורוקחית. תכשיר זה מכיל מלטונין סינטטי ברמה פרמצבטית גבוהה, קיים בבתי מרקחת של קופות החולים תחת התוויה "טיפול בילדים עם נזק מוחי והפרעות במעגל ערות שינה" או ברוקחות אישית באופן פרטי ברשת סופר פארם.

מלטונין בשחרור מידי (ומן מחצית חיים של 40 דקות) יעיל בקיצור הביון השינה אך יעיל פחות בטיפול בהשכמה מוקדמת או בהתעוררויות ליליות ממושכות ורבות במהלך הלילה. ועל כן יש צורך לתת מנה נוספת במהלך הלילה או לתת מלטונין ארוך טווח בשחרור איטי שמחקה את פרופיל ההפ-רשה של מלטונין טבעי.

קיימים שני תכשירים של מלטונין בשחרור איטי: אחד מהם מחקה את מתווה ההפרשה הפי-זיולוגית של ההורמון ברם. התכשיר אושר על ידי רשות הבריאות האירופאית ומשרד הבריאות היש-ראלי כתרופה ונמצא כסל הבריאות לטיפול בנודדי שינה מעל גיל 55.

התכשיר השני מחקה את מתווה ההפרשה הפיזיולוגי של ההורמון ברם. זהו התכשיר היחיד שמאושר על ידי רשות הבריאות האירופאית ומי-שרד הבריאות הישראלי לטיפול בילדים על הס-פקטרום האוטיסטי בין גיל 2-18 שנים. לא נמצא כיום בסל השירותים.

יש להדגיש שקיימים תכשירים רבים של מלטו-נין חיצוני (בדרך כלל בכמוסה או כפליה) שנמצאים בשימוש נרחב כתכשירים מעורדי שינה, הן במבוג-רים והן בילדים שנמכרים בארה"ב בעיקר כתכשיר ללא צורך במרשם רופא אולם תכשירים אלה אינם נתונים למנגנוני הרגולציה המקובלים בטיפולים תרופתיים.

לסיכום, עד 80% מהילדים עם ASD סובלים מהפרעות שינה, בעיקר קושי בהרדמות וקושי בשמירה על רציפות השינה.

היארעות גבוהה זו הינה, נובעת כל הנראה, ממספר גורמים וכוללת מנגנונים נוירו-ביולוגיים, רפואיים, התנהגותיים ותרבותיים. להפרעות השינה, השלכות שליליות נרחבות על הילד ועל משפחתו. טיפול הבחירה לנודדי שינה בילדים הינו שמירה על כללי היגיינת שינה ו/או התערבויות התנהגותיות. במידה וגישה טיפולית זו נכשלת ניתן לנסות טיפול במלטונין בעיקר, לצורך קיצור הביון השינה, אך גם לצורך הארכת משך ורציפות השינה כולה.

ד"ר אורנה סבר היא רופאה בכירה, מכון סגול-שידצקי לרפואת שינה, המרכז הרפואי איכילוב ת"א

בשיתוף המרכז הרפואי איכילוב ת"א