

PRAKTICKÝ LÉKAŘ A NESPAVOST

MUDr. Martin Pretl, CSc.

Centrum pro poruchy spánku a bdění,
Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Nespavost patří dlouhodobým k problémům sužujícím lidstvo. Čísla dokládající výskyt, zdravotní i sociální důsledky jsou varující. Ke stanovení diagnózy je nutná důkladná anamnéza s vyloučením organické příčiny nespavosti. V terapii nespavosti se v první linii uplatňují základy behaviorální terapie (spánková hygiena) v kombinaci s hypnotiky III. generace, při delším trvání je obvykle nutný zásah specialisty – somnologa.

Klíčová slova: insomnie, spánková hygiena, hypnotika.

Med. Pro Praxi 2008; 5(3): 123–126

Úvod

Nespavost patří dlouhodobě k problémům, které sužují jak pacienty samotné (svými příznaky), tak i lékaře (omezenými možnostmi léčby). Donedávna limitované možnosti farmakologické terapie udělaly z této části spánkové medicíny neprávem opomíjenou jednotku. Statistická čísla udávající výskyt, zdravotní i sociální důsledky jsou však jsou varující. V populaci se udává výskyt příznaků insomnie různě mezi 20–40 %, problémů přibývá s narůstajícím věkem. V dětství a adolescenci mají příznaky nejčastěji transientní charakter a je udáván spíše neosvěžující spánek. Hlavní zlom nastává ve středním věku, s dalším nárůstem po 60. roce života (až 50 % populace starší 65 let udává stesky na nespavost) (3, 4, 7, 8, 13). Náklady na léčbu insomnie, tzn. nejen přímé náklady související s návštěvou lékaře a spotřebou hypnotik, ale hlavně částky určené na řešení důsledků nespavosti, jsou odhadovány na desítky až stovky miliard dolarů (12, 2).

Architektura spánku

Kolik hodin je nutné nebo správné spát je nejčastější otázka pacientů-nespavců, neboť lidové představy o dostatečné době spánku jsou různé a často mylné. K zodpovězení otázky je potřebné pacientovi vysvětlit základy spánkové architektury. Spánek se skládá z NREM a REM spánku. Přiměřená latence usnutí je mezi 15–30 minutami. Poté zdravý člověk usíná mělkými stadii NREM spánku – NREM1 stadium tvoří přechod mezi bděním a spánkem (příkladem je poklímávání u televize, kdy slyšíme všechno, ale nepamatujeme si nic), následuje stadium NREM2. Stadia NREM3 a 4 (podle nejnovějších doporučení je polysomnograficky klasifikováno souhrnně již jen stadium NREM 3) (5) tvoří hluboký (delta) spánek, sloužící k obnově a restauraci organismu. Cyklus je ukončován REM spánkem. Délka trvání jednoho cyklu je obvykle kolem 90 minut, cykly se opakují během noci (obvykle 4–5 cyklů) s tím, že v první části spánku je zastoupen hlavně hluboký spánek, v druhé části naopak převládá NREM2 stadium a REM spánek. Délka spánku má být taková, aby zůstalo zachováno procentuální zastoupení jednotlivých stadií (NREM2 40–45 %, NREM3 + 4 20–25 %, REM 20–25 %, NREM1 a bdělost méně než 5 %) a při probuzení a následně i celý den se člověk cítil vyspalý a odpočatý. Obecně je doporučována délka spánku mezi 6 a 9 hodinami.

Definice a klasifikace nespavosti

Nespavost je zjednodušeně definována jako neschopnost spánek navodit a udržet, což vede k ovlivnění jeho architektury a následnému zhoršení kvality

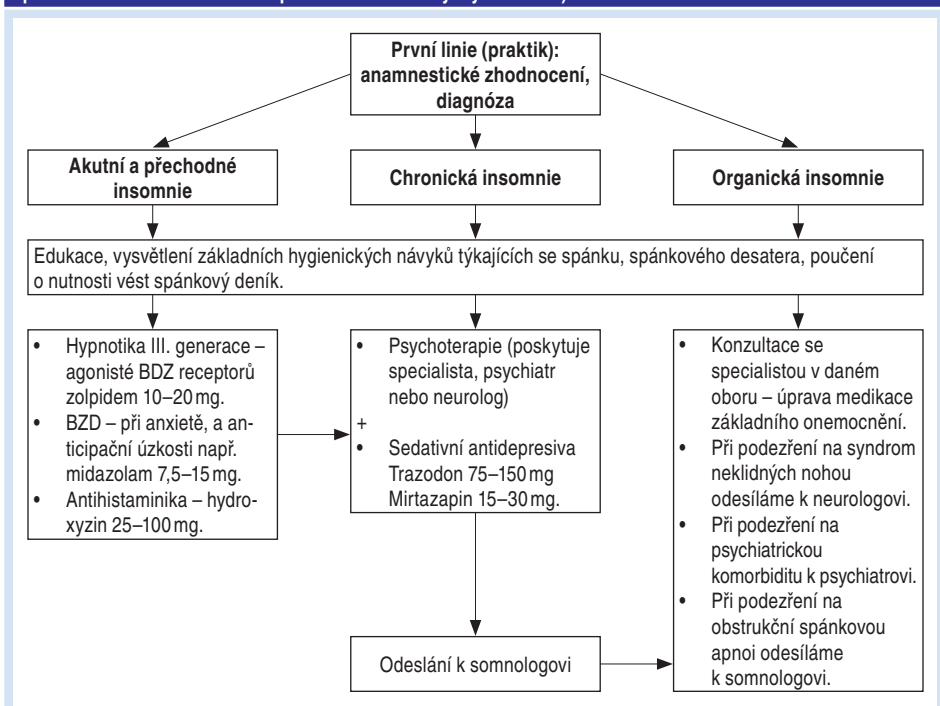
Tabulka 1. Insomnie – kritéria, definice

Kritéria nespavosti (zjednodušeně podle ICSD 2)	
1) Obtížné usínání (neschopnost navodit spánek)	
2) Časté probouzení (neschopnost udržet spánek)	
3) Časné probouzení	
4) Spánek je neosvěžující, nekvalitní, během dne je přítomen též alespoň jeden z uvedených stesků: únava, poruchy koncentrace, paměti, poruchy nálady, podrážděnost, poruchy sociálních aktivit, špatná docházka, denní spavost, úbytek energie, motivace, iniciativy, náchylnost k chybám, nehodám (práce, řízení), tenze, bolesti hlavy, GI symptomy, anticipace nespavosti	
Definice insomnie	
Tíže spánkových problémů	• Latence usnutí delší než 30 minut • Latence usnutí po probuzení delší než 30 minut • Probuzení se ráno minimálně o 30 minut dříve před plánovaným probuzením • Spánková efektivita menší než 85 %
Frekvence spánkových problémů	Minimálně 3x v týdnu
Trvání spánkových problémů	Delší než 1 měsíc dle DSM-IV, delší než 6 měsíců dle ICSD-2
Ovlivnění denních aktivit	Skóre na Škále tíže nespavosti větší než 2–3
*Spánková efektivita = (celková doba spánku, čistý čas)/(celkový čas strávený v posteli) x 100 (podle 6)	

Tabulka 3. Diagnostická kritéria RLS (Podle International Restless Legs Study Group)

Základní diagnostická kritéria:	
– Nutkání k pohybu dolními končetinami, doprovázené nebo vyvolané nepříjemným pocitem v končetinách; někdy je nutkání k pohybu přítomno bez nepříjemných pocitů, může postihovat i horní končetiny nebo další části těla.	
– Nutkání k pohybu nebo nepříjemné pocity začínají nebo se zhoršují během období klidu, např. při sezení, ležení.	
– Nutkání k pohybu nebo nepříjemné pocity jsou částečné nebo úplně potlačovány pohybem, např. chůzí či propnutím končetiny, přinejmenším tak dlouho, dokud pohyb pokračuje.	
– Nutkání k pohybu nebo nepříjemné pocity jsou horší večer nebo v noci než během dne nebo se vyskytují jen večer nebo v noci (když jsou symptomy velmi silné, zhoršení v noci nemusí být patrné, muselo však být zaznamenáno dříve).	
Při splnění 4 základních kritérií je diagnóza nepochybná.	
Pomocná a přidružená kritéria napomáhají v případech nejistoty ke stanovení přesné diagnózy. Mezi ně patří:	
– Pozitivní rodinná anamnéza. Je předpokládána autozomálně dominantní dědičnost.	
– Přítomnost periodických pohybů končetinami při bdění nebo ve spánku (PLM – periodic limb movements).	
– Odpovídatost na dopaminergní terapii.	
Asociované klinické příznaky:	
– Poruchy spánku, průběh nemoci, fyzikální vyšetření, lékařské zhodnocení.	
Podle Pretl M, Šonka K. Syndrom neklidných nohou – současné poznatky o terapii. Remedia 2007, v tisku	

Schéma 1. Přehled doporučené farmakoterapie u insomnie (upraveno podle Vevera J, Pretl M. Poruchy spánku se zaměřením na nespavost. Referátový Výběr 2007)



Tabulka 2. Dělení nespavosti podle ICSD –2 (6)

Název	MKN 10
Akutní insomnie	F51.01
Psychofyzilogická insomnie	F51.03
Paradoxní insomnie	F51.02
Idiopatická insomnie	F51.04
Insomnie způsobená duševní poruchou	F51.05
Insomnie způsobená nedostatečnou spánkovou hygienou	Z72.821
Behaviorální insomnie v dětství	Z73.81
Insomnie způsobená somatickým onemocněním	G47.03
Insomnie způsobená léky či jinými látkami	G47.02
Insomnie nezpůsobená léky či jinými látkami nebo známými fyziologickými podmínkami, nespecifická (neorganická) insomnie	F51.00
Organická, fyziologická insomnie, nespecifická	G47.00

žít. Aby byla kritéria splněna, musí se příznaky vyskytovat minimálně 3x do týdne po dobu jednoho měsíce. Podrobná definice podle Mezinárodní klasifikace poruch spánku (ICSD 2) (1) je uvedena v tabulce 1.

ICSD 2 rozděluje podrobně nespavost na 11 druhů (tabulka 2), následující jednotky se vyskytují nejčastěji (6):

- **Akutní insomnie** je vázána na specifický, krátce trvající vyvolávající faktor (psychologický, fyziologický, externí – potíže v osobním, pracovním životě, nemoc) – trvá krátce – dny, maximálně týdny. Mizí s vymizením stresoru. Často však přechází do chronicity.
- **Psychofyzilogická (primární) insomnie** – příčinou jsou naučené patologické vzorce chování uplatňované při zátěžových situacích, které brání usnutí. Po odeznění stresové situace nezačnou být uplatňovány původní stereotypy chování (správný spánek), ale jedinec pokračuje v patologických stereotypy, upevňujících nespavost (převalování a přemýšlení v posteli, když nemůžeme usnout apod.).
- **Insomnie z nesprávné spánkové hygieny** – je důsledkem porušování základních pravidel, nutných ke správnému navození spánku (běžné denní aktivity provozované v nesprávnou dobu či nevhodné aktivity oddalující spánek).
- **Paradoxní insomnie** (nesprávné vnímání spánku) – spánek je nesprávně vnímán jako nekvalitní či vůbec se nedostavuje. Doba spánku je normální nebo lehce snižena, avšak pacient má pocit, že nespí, že je stále vzhůru.
- **Insomnie související s jinými onemocněními** – hlavně psychiatrickými a interními (bolest).

Praktický lékař musí ve vymezeném čase rozhodnout, o jakou z poruch se jedná a podle stanovené diagnózy zvolit optimální postup. To na něj klade zvýšené nároky. Kromě dobré znalosti pacienta a jeho okolí (rodinné, pracovní zázemí) poslouží nejlépe

anamnéza, kdy je nutné se zaměřit na nejčastější příčiny, které nespavost vyvolávají:

- přítomnost jiné poruchy, která zapříčiňuje nespavost. Podrobná anamnéza odhalí chronické onemocnění, které svým průběhem může narušovat správný spánek. Jednoduché otázky dokáží vyloučit nejčastější poruchy spánku – obstrukční spánkovou apnoe (chrápete, zastavuje se vám během spánku dech?); syndrom neklidných nohou (dg. kritéria viz tabulka 3). V neposlední řadě mohou nespavost způsobovat i některá farmaka.
- spánková hygiena: stres související s prací či běžným životem je přenášen i domů a do ložnic (práce po večeri, přehrávání si dne či některých situací v posteli, myšlenky před usnutím co bylo/bude). Častým zlozvykem je pití stimulačních nápojů v pozdních odpoledních či večerních hodinách (účinek kávy jako stimulans je dostatečně znám, avšak povzbuzující účinky čaje, zvláště zeleného, jsou ještě větší a jsou méně známe) nebo alkoholu (alkohol spánek sice navozuje, ale oddaluje nástup hlubokých spánkových stadií). Těžké jídlo stejně jako zvýšená fyzická aktivita rovněž mohou působit na kvalitu usínání. V neposlední řadě je nutné kvalitní prostředí ke spánku (teplota místnosti má být optimálně do 20 °C).

- zvyky související se spánkem se podílejí na správném navození a udržení spánku – užívání postele jen ke spánku (ne k jídlu, sledování televize, čtení, přemýšlení) souvisí s nesprávným pochopením ložnice, která má být, zvláště u nespavosti, užívána jen ke spánku a k pohlavnímu životu. V anamnéze nesmíme zapomenout na dobu uléhání a vstávání (má být stejná každý den), latenci usnutí, počet a důvod probuzení (i neví, znamená odpověď), dobu probuzení a pocity při něm.

Léčba

Pokud odhalíme zjevné prohřešky proti spánkové hygieně, krátké poučení pacienta s rozбором dalších zásad správné spánkové hygieny obvykle nestojí mnoho úsilí. Zvláště u akutních forem nespavosti a u seniorů stačí mnohdy cílená edukace k zlepšení insomnie (9). V případě potřeby je stav možné podpořit přechodně podávanou malou dávkou hypnotika po dobu 2–4 týdnů. Pokud se stav nelepší a přechází do chronicity, je nutno vyhledat specialistu – neurologa, psychiatra, psychologa či přímo somnologa. Je nutné pečlivě zvážit etiologii obtíží. Při podezření na organickou poruchu spánku je indikováno polysomnografické vyšetření ve

spánkovém centru, chronická nespavost s abúzem hypnotik vyžaduje odvykací léčbu u psychiatra s psychoterapií.

Základem léčby nespavosti je psychoterapie (kognitivně behaviorální psychoterapie – KBT) event. v kombinaci s medikamentózní terapií. V základech behaviorální psychoterapie (spánková hygiena) je možno edukovat pacienta v ordinaci jakéhokoli lékaře, zbylé části behaviorální terapie spolu s kognitivní psychoterapií vyžadují speciální vzdělání terapeuta a jsou proto prováděny u specialistů.

Farmakoterapie

Lékem první volby jsou hypnotika III. generace (agonisté benzodiazepinových receptorů – zolpidem, zopiclon, zaleplon, eszopiclon). Na našem trhu je přístupný pouze zolpidem. K jeho příznivým účinkům na spánek patří rychlý nástup účinku, snížení počtu probuzení a prodloužení doby spánku a jeho kvality (většina studií udává prodloužení stadií NREM3 a 4 a REM spánku), minimálně ovlivňuje respiraci (11). Ke snížení úzkosti před usnutím je vhodné užití benzodiazepinů, zvláště s krátkým poločasem účinku (midazolam). Podávání benzodiazepinů však nepříznivě ovlivňuje kvalitu spánku – potlačují hluboký NREM spánek, méně i REM spánek, kompenzatorně

se prodlužuje stádium NREM2. Závislost, tolerance, rebound insomnie a abstinenční příznaky při jejich vysazení patří k nejčastějším nežádoucím účinkům. Nesmí se zapomínat i na ovlivnění dechového centra, psychomotorických, kognitivních funkcí a paměti (cave ventilační poruchy ve spánku, organické poruchy CNS) (10).

Z farmak jsou dále doporučována antihistaminika, na americkém trhu je již dostupný agonista melatoninových receptorů ramelteon (Rozerem). Na našem trhu by měl být dostupný již tento rok syn-

tetický melatonin ve formě potravinového doplňku. V blízké budoucnosti se dočkáme preparátů působících i na dalších receptorech (serotoninových, histaminových, orexinových) majících vztah ke spánku. Tyto látky jsou t. č. v posledních fázích fázi klinických studií.

Závěr

Zdravotní i socio-ekonomické důsledky insomnie povedou v následujících letech ke zvýšenému zájmu o nespavost jak u laické, tak hlavně u odborné

veřejnosti. Tomu již napovídá zvýšená aktivita na poli farmaceutického výzkumu, znamenající preparáty působící na další receptory mající vztah ke spánku. Nezbyvá tedy, než se na situaci dobře připravit, neboť diagnóza insomnie bude stále častější.

MUDr. Martin Pretl, CSc.

Centrum pro poruchy spánku a bdění,
Neurologická klinika 1. LF UK a VFN
Kateřinská 30, 120 00 Praha 2
e-mail: mpretl@lf1.cuni.cz

Literatura

1. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual, 2nd ed. Westchester, Ill, American Academy of Sleep Medicine, 2005.
2. Balkrishnan R, Joish VN, Bhosle MJ, Rasu RS, Nahata MC. Prior authorization of newer insomnia medications in managed care: is it cost saving? J Clin Sleep Med 2007; 3: 393–398.
3. Foley DJ, Monjan AA, Brown SL et al. Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. Sleep 1995; 18: 425–432.
4. Fricke-Oerkemann L, Plücker J, Schredl M, Heinz K, Mitschke A, Wiater A, Lehmkuhl G. Prevalence and course of sleep problems in childhood. Sleep 2007 1; 30: 1371–1377.
5. Iber C, Ancoli-Israel S, Chesson A, Quan SF for the American Academy of sleep Medicine. The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associate Events: Rules, terminology and technical Specifications. 1st ed: Westchester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine, 2007.
6. Nevšímalová S, Šonka K a kol. Poruchy spánku a bdění. 2. přepracované vydání. Praha: Galén, 2007.
7. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. Sleep Med Rev 2002; 6: 97–111.
8. Ohayon MM. Prevalence and correlates of nonrestorative sleep complaints. Arch Intern Med 2005; 165: 35–41.
9. Pretl M, Vevera J. Efektivní léčba insomnie. Psychiat. pro Praxi 2006; 3: 140–142.
10. Pretl M. Farmakologická léčba nejčastějších poruch spánku v neurologii. Practicus 2007; 4: 156–158.
11. Priest RG, Terzano MG, Parrino L, Boyer P. Efficacy of zolpidem in insomnia. Eur Psychiatry 1997; 12 (Suppl 1): 5–14.
12. Simon G, Von Korff M. Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. Am J Psychiatry. 1997; 154: 1417–1423.
13. Subramanian S, Surani S. Sleep disorders in the elderly. Geriatrics 2007; 62: 10–32.