

**Doporučený diagnostický a léčebný postup
pro všeobecné praktické lékaře**



DIAGNOSTICKÉ A TERAPEUTICKÉ POSTUPY PŘI INSOMNIIÍCH PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

Autoři:

doc. MUDr. Petr Smolík, CSc.

Fakultní nemocnice Hradec Králové

MUDr. Martin Pretl, CSc.

Neurologická klinika 1. LF UK, Praha

MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.

Společnost všeobecného lékařství

NOVELIZACE 2011



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10

DIAGNOSTICKÉ A TERAPEUTICKÉ POSTUPY PŘI INSOMNIÍCH PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

**Doporučený diagnostický a léčebný postup
pro všeobecné praktické lékaře 2011**

Autoři:

doc. MUDr. Petr Smolík, CSc., Fakultní nemocnice Hradec Králové

MUDr. Martin Pretl, CSc., Neurologická klinika 1. LF UK, Praha

MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Oponenti:

prof. MUDr. Karel Šonka, DrSc., Neurologická klinika 1. LF UK, Praha

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Pavel Brejník, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Jaroslava Laňková, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

OBSAH

1. ÚVOD	3
2. DEFINICE	3
3. EPIDEMIOLOGIE.....	3
4. ETIOLOGIE A PATOGENEZA.....	3
5. KLINICKÝ OBRAZ (KLASIFIKACE INSOMNIÍ).....	3
6. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA.....	5
7. LÉČBA.....	10
7.1 FARMAKOTERAPIE.....	11
7.2 PSYCHOTERAPEUTICKÉ METODY A PRAVIDLA SPÁNKOVÉ HYGIENY.....	15
8. PROGNÓZA.....	19
9. PREVENCE.....	19
10. LITERATURA.....	19

1. ÚVOD

Problémy s nespavostí (insomnie) patří při kontaktu s praktickým lékařem k nejčastějším subjektivním obtížím pacientů. Za insomnií se může skrývat závažné neurologické nebo psychiatrické onemocnění, jehož další příznaky pacient z různých důvodů nedoveze nebo nechce podrobněji uvést, či si je neuvědomuje. Správný postup při krátkodobé nespavosti může zabránit chronifikaci onemocnění. Dobrý spánek vnímá většina lidí jako jeden ze základních atributů dobrého zdraví. Údaj o nespavosti proto nelze nikdy podcenit. Naopak, je zapotřebí se jím zabývat jako důležitým symptomem, který nás může dovést ke správné diagnóze a zvýšit v pacientovi důvěru v odbornou kompetenci lékaře.

2. DEFINICE

Nespavost je definována poruchou usínání, přerušovaným spánkem a / nebo časným probouzením. Máme-li některý z uvedených typů nespavosti považovat za poruchu, měla by taková nespavost trvat po dobu alespoň jednoho měsíce a vyskytovat se nejméně třikrát týdně. Pacient se v takovém případě obvykle příliš stará o důsledky nespavosti, obává se období spánku a stěžuje si na zhoršení výkonnosti v práci i jiných sociálních aktivitách a na zvýšenou únavu. Nebezpečným důsledkem nespavosti bývá snížený práh bdělosti a opakované usínání v průběhu dne (snížení pozornosti, event. až mikrospánky s nebezpečím úrazu zejména při řízení motorových vozidel). Mohou se objevit i různé nepříjemné somatické a vegetativní příznaky.

3. EPIDEMIOLOGIE

Nespavost patří mezi nejčastější poruchy v populaci. S přibývajícím věkem je častější. S akutní insomnií (viz dále) se setkal každý člověk, chronickou nespavostí trpí desítky procent populace (obvykle se udává kolem 20 %, současné výzkumy odhadují její výskyt na 5-35 %). Nárůst nespavosti v populaci souvisí hlavně se zrychlujícím se životním tempem, zvyšujícím se průměrným věkem populace a nepravidelným režimem spánku a bdění.

4. ETIOLOGIE A PATOGENEZE

Spánková medicína dosáhla v posledních několika desetiletích pozoruhodných výsledků, nicméně většina otázek týkajících se mechanismů a významu spánku nebyla dosud uspokojivě zodpovězena. Nejčastější příčinou vzniku nespavosti je stres. To, že organismus reaguje na nepříjemnou událost nespavostí není neobvyklé. Po jejím odeznění by se však měl stav navrátit k normálu. Pokud k tomu nedojde, dochází k zafixování nesprávných spánkových návyků (vzorců chování – obavné myšlenky, přemýšlení – kognitivní aktivita spojená s probuzením), které dále udržují nebo ještě více rozvíjejí a urychlují vznik nespavosti. Elektrofyziologicky je definována nespavost jako zvýšená náchylnost k probuzení (v EEG je zvýšená přítomnost rychlé aktivity odpovídající bdělosti, která je odrazem kortikální aktivity reprezentující kognitivní pochody, které jsou spojeny s probuzením).

5. KLASIFIKACE

Základní diagnostická vodítka pro insomnií jsou:

- **Obtíže s usínáním (prodloužená doba usnutí).**
- **Časté probouzení během noci.**
- **Časné probouzení nad ránem.**
- **Nezotavující spánek, ovlivňující denní aktivity, projevující se různými somatickými stesky.**
- **Trvání obtíží déle než jeden měsíc při frekvenci alespoň 3x týdně.**

Nejpoužívanější klasifikace vychází z MKN 10, nejmodernější a nejpodrobnější je klasifikace ICSD-2 (International Classification of Sleep Disorders – 2, modifikovaná v roce 2005) – viz tabulka č. 1.

Zjednodušeně/obecně lze nespavost dělit na primární či sekundární, tak, jak se tomu děje v celé medicíně.

Nejčastějšími zástupci primární nespavosti jsou:

Psychofyziologická insomnie, jejíž příčinou jsou naučené patologické vzorce chování uplatňované při zátěžových situacích, které brání usnutí. Po odeznění stresové situace se jedinec nenavrací ke správným stereotypům chování, ale uplatňuje nadále naučené patologické stereotypy, které vedou k nespavosti respektive k její-

mu udržování. Pro psychofyziologickou insomnií je typická anticipace nespavosti, v posteli dochází k rozvoji negativních myšlenek (zase nemohu usnout, zase budu zítra nevyspalý, proč to musí postihovat právě mě, ...) zvyšujících tenzi a zabraňujících usnutí, mimo vlastní postel často pacienti usínají lépe (v obýváku, na chlapě...)

Paradoxní insomnie (dříve mispercepce spánku) postihuje asi 5 % populace – spánek je nesprávně vnímán jako nekvalitní. Doba spánku je zhruba normální, avšak pacient má pocit, že nespí, že je stále vzhůru.

Akutní insomnie je vázána na specifický stresor (psychologický, fyziologický, externí) – trvá krátce – dny a maximálně týdny. Rychle mizí s vymizením stresoru. Rekurence je častá. Hojně dochází k rozvoji psychofyziologické insomnie.

Insomnie z nesprávné spánkové hygieny je spojená s běžnými denními aktivitami, které jsou však provozovány v nesprávnou dobu, tzn. že ovlivňují navození spánku (viz níže).

Mezi nejčastější zástupce sekundární nespavosti patří:

Obstrukční spánková apnoe (OSA), kdy během spánku dochází k opakujícím se zástavám dýchání po dobu delší než 10 sekund v důsledku obstrukce horních dýchacích cest, spojených s kyslíkovou desaturací, poklesem nitrohručního tlaku a následnou aktivací sympatiku vedoucí k mikroprobouzení reakci (rozpoznatelné jen polysomnograficky). Onemocnění je nejčastěji spojeno s neosvěžujícím spánkem vedoucím k nadměrné denní únavě až usínáním (hlavně v klidových situacích), nezřídka se však projevuje noční nespavostí (při velkém množství probouzení reakcí). Postižený jedinec si zástav dýchání ve spánku není vědom, pokud na ně neupozorní jiná osoba. OSA může tak být po řadu let nerozpoznaným onemocněním se závažnými následky. Neléčený těžký syndrom OSA může končit atrofií mozku, demencí, srdečním selháváním a úmrtím ve čtvrtém až pátém decéniu. Závažný je zejména při rizikových povoláních (usínání řidičů při jízdě nebo při obsluze náročných strojů, provozů apod.). Jedinou spolehlivou diagnostickou metodou je noční polysomnografie.

Syndrom neklidných nohou (RLS) je charakterizován nutkáním k pohybu končetinami v důsledku nepříjemného pocitu v nich. Pohyb nakrátko uleví. Tyto pocity se vyskytují v klidu s maximem večer a v noci. RLS, pokud se vyskytuje po ulehnutí a nebo v noci, brání usnutí a může být nesprávně diagnostikován jako primární nespavost. RLS je velmi často spojován s periodickými pohyby končetinami ve spánku, které vedou k mikroprobouzení reakcím a tím k narušení spánkové architektury. Obě jednotky se mohou vyskytovat i při dalších afekcích (nejčastěji neuropatie, anemie, revmatická onemocnění, poruchy metabolismu železa).

Posunutá (předsunutá nebo zpožděná fáze spánku) – u pacientů je posunuta (předsunutá nebo zpožděná) doba usínání oproti konvencím minimálně o 2 hodiny. Onemocnění je tak často mylně diagnostikováno jako nespavost (neschopnost usnout při zpožděné fázi, časná probouzení při předsunuté fázi). Samotný spánek je fyziologický, avšak je-li jedinec se zpožděnou spánkovou fází nucen vstávat v konvenční ranní dobu (spontánně usíná v pozdních nočních hodinách a probouzí se v dopoledních hodinách), přes den se dostávají příznaky krátkého-nedostatečného spánku. V případě předsunuté fáze jedinec usíná a vstává dříve. Může trpět osobním dyskomfortem neschopností zúčastnit se večerních aktivit (televize, společenské akce), nebývá hendikepován profesionálně.

V ambulanci praktického lékaře jde o zhodnocení stavu a následné rozhodnutí, zda pacienta poslat ke specialistovi či zda je problém zvládnutelný v ambulanci. K tomu poslouží anamnéza, která je základem diagnostiky a použití základních psychoterapeutických a farmakoterapeutických metod, event. podpory změn v osobním životě nebo profesionálním zařazení.

K diferencially diagnostické rozvaze vedou dotazy

týkající se:

- spánkové hygieny (viz níže)
- doby uléhání, latence usnutí, kvality spánku (počtu probuzení, latence opětovného usnutí), pocitu při probuzení a pocitu přes den
- spánkové apnoe (Chrápete? Máte informaci od spolunocležníka o zástavách dýchání během spánku?)
- syndromu neklidných končetin (RLS) (Pocítujete hlavně večer nebo v noci nutkání k pohybu končetinami v důsledku nepříjemného pocitu v nich, dochází po pohybu ke krátkodobé úlevě?)

Pokud jsou vyloučeny sekundární (organické) příčiny insomnie (spánková apnoe, RLS či jiné onemocnění), je nutné zjistit, zda problém je akutní či chronický. Tomu napomohou základní anamnestické otázky a též dlouhodobá znalost pacienta (jeho sociálního, pracovního i rodinného zázemí), neboť praktický lékař zná nejlépe prostředí, ve kterém se pacient pohybuje. Výše uvedené důvody mohou odhalit příčiny insomnie během několika minut. Některé jdou velice rychle odstranit (mnohdy i selským rozumem) a zabrání v rozvoji chronicity (čekací doby bývají na specializovaných pracovištích dlouhé a jen malá část problémů se spánkem musí být řešena ve spánkových centrech). Chybou je odeslání pacienta ke specialistovi již po první zmínce o nespavosti bez odebrání alespoň základní relevantní anamnézy.

Tab. č. 1: Dělení nespavosti podle ICSD –2 s kódy ICD-10	
Název	ICD 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

6. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Krátkodobé problémy se spánkem mohou být výsledkem stresujících životních událostí, akutních tělesných nemocí nebo změn denního rytmu. Dlouhotrvající problémy se spánkem mohou být způsobeny i jinou příčinou. Vysoká **komorbidita insomnií s organickými, resp. psychickými poruchami a abúzem, resp. závislostí na návykových látkách** jednoznačně indikuje nevyhnutelnost věnovat mimořádnou pozornost diagnostickému procesu před začátkem každé léčby, především ve smyslu podchycení organických, případně psychických poruch.

Komorbidita:

- Jestliže jsou v popředí snižená nebo smutná nálada a ztráta zájmů o běžné činnosti, je třeba uvažovat o *depresivní epizodě* (MKN-10, F32).
 - Jestliže je v popředí denně se objevující úzkost, připadá v úvahu *generalizovaná úzkostná porucha* (MKN-10, F41.1).
 - Problémy se spánkem mohou být komplikací *užívání alkoholu nebo jiných psychoaktivních látek*.
- Ujistěte se, jaká je situace v tomto ohledu.

Zvažujte zdravotní stavy, které mohou způsobit insomnii. Nejdůležitější somatické nemoci s negativním dopadem na kvalitu spánku jsou:

- kardiální onemocnění (noční ischemické bolesti, arytmie a další)
- chronické onemocnění plic a dýchacích cest (noční astma, CHOPN, kašel)
- chronické onemocnění trávicí soustavy
- endokrinologická onemocnění
- maligní onemocnění a chronické infekce
- epilepsie
- extrapyramidová onemocnění
- polyneuropatie
- alergie

Uvažujte o chemických látkách, které mohou způsobit insomnii:

- hypnotika (zejm. rebound-insomnie u benzodiazepinů a barbiturátů – viz níže,)
- antidepresiva (zejm. aktivující, např. inhibitory MAO, blokátory zpětného vychytávání serotoninu)
- antihypertenziva (např. β -blokátory)
- hypolipidemika (např. atorvastatin)
- antiastmatika (teofylin, β -sympatomimetika)
- hormonální preparáty (např. tyroxin, steroidy, antikonceptiva)
- antibiotika (např. blokátory gyrázy)

- nootropika (např. piracetam)
- diuretika
- alkohol a jiné omamné látky (zejm. stimulující, např. amfetaminy a jejich deriváty)

Jestliže pacient při spánku hlasitě chrápe, je třeba uvažovat o syndromu spánkové apnoe (pomoci může informace od partnera pacienta). Pacienti se spánkovou apnoí si často stěžují na ospalost v průběhu dne, ale nejsou si většinou vědomi, že by se v noci probouzeli (podobně tomu bývá často také u pacientů s RLS a PLM). S diagnózou insomnie bychom neměli zaměňovat poruchy spánku způsobené směnným provozem a dalšími poruchami cirkadiánní rytmicity (např. syndromem Jet leg).

KONZULTACE ODBORNÍKA

Zvažte konzultaci:

- Jestliže máte podezření na komplikovanější spánkové poruchy (např. narkolepsii, spánkovou apnoí).
- Jestliže významná nespavost trvá navzdory opatřením uvedeným v tomto textu.

7. LÉČBA

7.1. FARMAKOTERAPIE

7.1.1. Obecné principy farmakoterapie nespavosti

Při chronických insomniích bývá spíše výjimkou než pravidlem, aby pacient, který přichází k lékaři, neměl žádné zkušenosti s léky. Často je to právě neschopnost samostatně vysadit hypnotika, která přivádí pacienta k lékaři.

V současnosti patří dominantní postavení v běžné lékařské praxi při terapii insomnií benzodiazepinovým hypnotikům / sedativům / anxiolytikům a novým nebenzodiazepinovým hypnotikům, které mají ale s benzodiazepiny mnoho společných vlastností (viz tabulka 2). V případě benzodiazepinů je třeba mít vždy na mysli všechny čtyři jejich základní účinky – sedativní / hypnotický, anxiolytický, myorelaxační a antikonvulzivní. Termíny „hypnotikum“, „anxiolytikum“ se v případě benzodiazepinů vážou k obecně převažujícímu účinku jednotlivých preparátů. Dávkování je třeba vždy velmi individuálně nastavit v průběhu několika po sobě jdoucích kontrolních vyšetření. Velmi důležitá je znalost biologického poločasu použitého léku a jeho eventuálních aktivních metabolitů a rozpustnost v tucích (souvisí s propustností hematoencefalickou bariérou). Zvláštností nových, nebenzodiazepinových hypnotik (zolpidem, zopiclon), je jejich specifický účinek pouze na centrální benzodiazepinové receptory.

Tab. č. 2: Příklady benzodiazepinových a benzodiazepinům podobných hypnotik a anxiolytik

Dlouhý biologický poločas (> 8 hod.)	Střední biologický poločas	Krátký biologický poločas (< 5 hod.)
diazepam (Diazepam®) clonazepam (Rivotril®)	alprazolam (Neuro®, Xanax®, Frontin®) bromazepam (Lexaurin®)	zolpidem (Stilnox®, Hypnogen®, Zolpidem®) zopiclon (Zopiclon®) zaleplon (Sonata®) – není k dispozici v ČR midazolam (Dormicum®) triazolam (Halcion®)

Benzodiazepinová i nebenzodiazepinová anxiolytika (např. alprazolam, bromazepam, zolpidem) a hypnotika (zejm. zolpidem) jsou doporučována ke krátkodobému či intermitentnímu podávání. V době akutních obtíží jsou nejvhodnějším řešením pro praktiky, ale i pro samotné pacienty. Ve většině případů není vhodná jejich prostá opakovaná preskripce a dlouhodobé užívání z následujících důvodů:

- mění fyziologickou strukturu spánku
- náhlé vysazení může vyprovokovat rebound-insomnií (zejm. benzodiazepiny s krátkým a středním biologickým poločasem)
- mohou vést k vzniku biologické a / nebo psychické závislosti
- zejm. u starších pacientů mohou benzodiazepiny (především s delším biologickým poločasem a kumulací

v tukové tkáni) vyvolat poruchy paměti, noční zmatenost a pády s následným zraněním.

Pokud se stav nedaří zvládnout do několika týdnů, měl by být pacient odeslán k odborníkovi (psychiatrovi, sinologovi?). Za určitých okolností může být dlouhodobé podávání benzodiazepinů indikováno (např. substituce gabaergních „startérů“ hlubokého spánku, neřešitelně nepříznivé podmínky pro spánek s nemožností jiné terapie).

Také při nasazování neuroleptik se doporučuje konzultovat odborného lékaře. Vyhýbáme se pokud možno používání „klasických“ neuroleptik (např. fenothiaziny butyrofenony) vzhledem k nebezpečí vzniku tardivních dyskínéz i při nízkém dávkování. Výjimku tvoří většinou dobře snášený promethazin (Prothazin®) a u velmi rezistentních insomnií levomepromazin (Tisercin®). V některých případech lze s výhodou zvolit neuroleptikum druhé generace, např. tiaprid (Tiapridal®, Tiapra®).

7.1.2 Chronohypnotika, chronobiotika

Nespavost nelze již považovat pouze za menší nebo větší neschopnost usnout nebo udržet spánek, nýbrž za komplexní odpověď organismu na poruchy homeostázy v kombinaci s cirkadiální, event. jinou chronobiologickou desynchronizací. Podle vlivu na synchronizaci biologických (zde především cirkadiálních) rytmů začínáme rozlišovat prostá *hypnotika* (zvyšují spánkový tlak v kterémkoli období dne), *chronohypnotika* (snižují amplitudu cirkadiálního rytmu) a *chronobiotika* (posunují fáze cirkadiálního rytmu vpřed nebo vzad). Charakteristiku chronobiotika splňuje zejména melatonin a některá psychofarmaka (zejména antidepresiva a antipsychotika 2. generace).

Často můžeme terapeuticky zvládnout insomnií nasazením antidepresiv a to nejenom pro jejich sedativní složku (např. amitriptylin v dávce 25 mg na noc), ale také pro jejich synchronizační potenciál v oblasti systémových biologických hodin. Stále větší oblibu si na tomto poli získávají novější typy antidepresiv, zejména selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), případně dalších cyklických monoaminů (např. fluoxetin, sertralin, citalopram, mirtazapin, trazodon, mianserin). Na tomto místě je třeba upozornit na nezbytnost pečlivé informace pacienta o charakteristikách léku a jeho potenciálních nežádoucích účincích. Dávkování je třeba volit individuálně. Nedostatečné dávky mohou být neúčinné, nadměrně vysoké dávkování hrozí vznikem nežádoucích příznaků. V obou případech pacient ztrácí důvěru v lék, který by pro něho při správném postupu mohl být vhodný.

Samotný *melatonin* má zřetelně prokázané účinky chronobiotické, slabší chronohypnotické a jen velmi slabé hypnotické. Melatonin PR - s prodlouženým účinkem (Circadin®) byl vyvinut za účelem napodobení přirozeného profilu nočního vylučování melatoninu. Má zlepšovat kvalitu spánku a podporovat nástup spánku především u pacientů ve věku nad 55 let, u nichž jsou noční hladiny melatoninu obvykle sniženy. Dosavadní klinické zkušenosti potvrzují terapeutickou účinnost pouze u některých pacientů, často i mladších než deklarovaných 55 let. K syntetickým látkám, působícím na melatoninové receptory, patří *agomelatin* a *ramelteon*. Agomelatin (Valdoxan®, Servier) je současně agonistou melatoninových receptorů a antagonistou receptoru 5-HT_{2C}. Tato kombinace vede k sedativním a anxiolytickým účinkům a současně k účinkům antidepresivním. (Agomelatin je registrován v ČR jako antidepresivum, v distribuci jako Valdoxan). Ramelteon (Rozerem®) se váže na melatoninové receptory MT₁ (zodpovídá za iniciaci spánku a vazokonstrikci) a MT₂ (zodpovídá za fázové posuny spánku a vazodilataci). Je v ČR registrován, není v distribuci.

Insomnie, jejichž příčinou je především porucha biologických rytmů (cirkadiálních, nebo infradiálních) bývají někdy úspěšně léčeny fototerapií, často v kombinaci s melatoninem. Tyto případy však patří do péče specialisty v odvětví spánkového lékařství.

7.1.3. Přírodní léčiva

Nezanedbatelnou úlohu v terapii insomnií hrají rostlinné preparáty, zejména na bazi valeriány, třezalky perforované, či meduňky. Výtažek z *Valeriana officinalis* obsahuje GABA, která neprostupuje hematoencefalickou bariérou. Inhibuje katabolismus GABA, účinkuje na receptory 5-HT_{1A} a na adenosinové receptory. Zvyšuje množství hlubokého spánku NREM, redukuje stadium spánku NREM 1. Pacienti si často tyto preparáty nasazují sami jako první krok léčby. Lehkou sedaci způsobuje na trhu vcelku snadno dostupný L-tryptofan, prekurzor serotoninu. Je obsažen také v mléce nebo v pivu bohatším na chmel (pivo však, vzhledem k obsahu alkoholu není na noc vhodné). I malá dávka alkoholu může být zrádná („schlaftrunk“) – působí sice rychle anxiolyticky a může tak pomáhat při usnutí, nežádoucím účinkem bývá ale narušení spánku v dalším průběhu noci.

7.1.4. Lékové interakce při léčbě nespavosti

Při farmakologické léčbě nespavosti je zapotřebí nezapomenout na možnosti interakcí léků užívaných k její léčbě a různých dalších léčiv. Klíčovou roli hraje často kompetice o metabolické enzymatické systémy, zejména Cytochrom P450. Např. léky užívané u kardiovaskulárních onemocnění mohou významně kompetovat s léky užívanými k terapii nespavosti na úrovni izoenzymu CYP 3A4 (Tab. 3). Inhibitory CYP3A4 (např. midazolam,

fluoxetin, fluvoxamin) mohou působit zvýšení hladiny kardiovaskulárních léčiv. Inhibitory CYP2C9 fluoxetin, fluvoxamin mohou zvyšovat hladiny antiarytmika amiodaronu. Všechna antidepresiva typu SSRI mohou zvyšovat hladiny antihypertenziv beta-blokátorového typu.

Tab. č. 3: Příklady kompetujících léčiv na úrovni izoenzymu CYP3A4:

léčba nespavosti	léčba kardiovaskulárních onemocnění
<i>Hypnotika:</i> zolpidem, zopiklon, midazolam	<i>Statiny:</i> lovastatin, simvastatin, atorvastatin, cerivastatin
<i>Anxiolytika:</i> diazepam, alprazolam	<i>Blokátory kalciového kanálu:</i> všechna kromě diltiazemu
<i>Tricyklická antidepresiva:</i> amitriptylin, klomipramin	<i>Antiarytmika:</i> amiodaron
<i>SSRI:</i> citalopram, sertralin, nefazodon	

7.2 PSYCHOTERAPEUTICKÉ METODY A PRAVIDLA SPÁNKOVÉ HYGIENY

Ráno

1. Pěstujte návyk pravidelného probouzení v určitou hodinu. Posílí to vnitřní hodiny (cirkadiánní oscilátor) a může vést k pravidelné době usínání.
2. Nenaspávejte přespříliš předcházející období zkráceného spánku. Příliš dlouhá doba strávená v lůžku vede k mělkému spánku s častým probouzením.
3. Snažte se vystavit expozici jasného světla (nejlépe slunečního) co nejdříve po probuzení. Světlo, podobně jako vaše „probouzecká doba“ je mocným synchronizátorem vašeho mozku. Může pomoci správně nastavit vaše vnitřní hodiny pro zbytek dne.

V průběhu dne

1. Během dne dodržujte pravidelný časový režim příjmu jídla, cvičení, bdění a spánku. Pomůže vám to udržet rytmus vašich vnitřních hodin.
2. Snažte se o každodenní cvičení. Nemusí být nikterak vyčerpávající, aby dokázalo pomoci spát hlubokým spánkem. Necvičte ale příliš těsně před ulehnutím ke spánku (zůstaňte v klidu alespoň 3 hodiny před spaním).
3. V případě, že cítíte ospalost v průběhu dne, pokuste se něčím zaměstnat a nepodřimovat. Výjimku tvoří jeden odpolední fyziologický útlum, který by měl být respektován (15-20 minut relaxace nebo spánku při spontánním pocitu odpolední únavy).
4. Buďte opatrní při požívání nápojů s kofeinem (káva, kakao, kola, čaj) a alkoholu v pozdních odpoledních nebo večerních hodinách. U citlivých jedinců může kofein narušit spánek i při užití v ranních hodinách (pozor na energetické nápoje – RedBull, Semtex apod.)

Ulehnutí ke spánku

1. Vypěstujte si pravidelný režim činnosti před spaním. Nalezněte pro sebe optimální dobu a způsob předspánkové relaxace. Zkuste se např. sprchovat nebo koupat poslední hodinu před spánkem (vyzkoušejte pro vás optimální teplotu vody). K usnutí může vést příjemná četba, luštění křížovek nebo jiné aktivity, které pomohou odpoutat se od denních problémů a postupně zpomalovat tok myšlení.
2. Považujte lůžko za svůj azyl a útočiště. Nepřenášejte do něho svoje obavy nebo stresy. Používejte svoje lůžko pouze pro spaní a sex. Vyhněte se používání lůžka pro práci, dohadování se s vaším partnerem nebo sledování televize. Budete-li na lůžku prožívat stavy úzkosti o svůj život, z denních událostí, z práce, nebo i pouhou úzkost z nespavosti, bude s velkou pravděpodobností vaše schopnost usnout narušena. Nemůžete současně klidně spát a o něco se strachovat. Nalezněte vhodné alternativy pro uvolnění před ulehnutím. Pokuste se zbavit starostí cvičením relaxace nebo hlubokého dýchání. Odvedte myšlenky od starostí četbou, křížovkami, poslechem relaxující hudby. Pomůže vám to odklonit se od činností vzbuzujících obavy nebo burcujících k bdělosti, k aktivitám podporujícím usínání. Televize nebo počítač jsou před spaním problematické. Snadno mohou „vtáhnout do děje“ a narušit fyziologickou dobu usnutí.
3. Udělejte si pohodlí. Ujistěte se, že v místnosti není ani příliš horko, ani příliš chladno. Nalezněte pro sebe optimální matraci. Používejte povlečení a pyjama, zajišťující vám pocit optimálního tělesného komfortu.
4. Důležité je předejit probouzení z hladu. Před spaním je možné lehce pojit např. ovoce nebo se napít teplého nápoje bez kofeinu (oblíbené bývá teplé mléko, event. s medem). Noční probouzení s přejídáním patří k definovaným poruchám příjmu jídla a spánku, vyžadujícím odborné vyšetření.
5. Generujte myšlenky, které jsou se spánkem slučitelné. Např. pomyšlení typu „i když dnes nebudu příliš dobře spát, určitě to zítra přežiji a pozítří dospím“ je rozhodně méně úzkost provokující než „jestli teď neusnu, zítra to pro mě nebude k přežití“. Méně úzkosti = lepší schopnost usnout.

6. Nemůžete-li v noci usnout, nepodléhejte panice. I pro dobré spáče je občasné noční bdění normální. Je běžné probudit se a jít na WC. Uvědomte si, že noční probuzení není nic mimořádného a použijte případně stejných uvolňujících metod, na které jste navyklí před spaním.
7. Ujistěte se, že vás neruší hluk nebo vám nepříjemné zvuky. K odvedení pozornosti od mírných zvuků, kterým nelze zamezit, nebo naopak od přílišného ticha můžete zkusit použít slabě puštěnou hudbu.
8. Nesledujte hodiny. Raději je otočte stranou. Vede to pouze k frustraci, k reakcím provokujícím úzkost a následné nespavosti (viz b. 6, 7).
9. Můžete se pokusit praktikovat „kontrolu stimulů“ (potřeba vysvětlit nebo odkaz), případně nacvičit některou relaxační techniku (např. autogenní trénink).
10. Uvědomte si, že se svojí nespavostí nejste sami. Ve stejnou dobu jí trpí množství lidí. I když nespavost nemůže být léčena stejným způsobem jako řada tělesných onemocnění, existuje velké množství postupů, které vám mohou pomoci překonat ji.

Vybraná pravidla spánkové hygieny se používají často jako metoda nazývaná „kontrola stimulů“. Nejdůležitější uvádíme v tab. 4. Podle individuálního spánkového profilu a způsobu života pacienta můžeme nalézt i další stimuly, které mají vliv na poruchy spánku a pokusit se vést pacienta k jejich kontrole.

Tab. č. 4: Kontrola stimulů
1. Do postele uléhejte až při ospalosti. V průběhu dne nepodřimujte, výjimku může tvořit odpolední odpočinek nebo i krátký spánek (do 30 min.) podle individuální potřeby.
2. Postel i ložnici užívejte pouze ke spánku. Neměli byste v posteli vykonávat žádné jiné aktivity, jako je čtení, jedení nebo sledování TV. Výjimkou je pohlavní život. Pokud nemůžete usnout do 30 minut, vstaňte z postele, odejděte do jiné místnosti a věnujte se nějaké příjemné činnosti, např. poslechu hudby, oblíbené četbě (nedívejte se na televizi). Ulehněte opět až se dostaví ospalost. Pokud se vám ani potom nechce usnout, zopakujte tento postup znovu, třeba i vícekrát.
3. Vstávejte každý den ve stejnou dobu (i o víkendu), nejlépe na budík, nezávisle na trvání nočního spánku.
4. V místnosti na spaní minimalizujte hluk a světlo a zajistěte vhodnou teplotu (nejlépe 18-20°C).
5. Nepijte kávu, černý či zelený čaj a kolu 4-6 hodin před ulehnutím, omezte i jejich požívání přes den. Působí povzbudivě a ruší spánek.
6. Nekuřte, zvláště ne před usnutím a v době nočních probuzení. Nikotin také povzbuzuje.
7. Nepijte večer alkohol, abyste lépe usnuli – alkohol zhoršuje kvalitu vašeho spánku.
8. Vynechejte večer těžká jídla.
9. Pravidelné cvičení pozdě odpoledne může zlepšit Váš spánek. Naopak cvičení 3-4 hodiny před ulehnutím může Váš spánek rušit.

8. PROGNÓZA

Prognóza nespavosti úzce souvisí s její základní příčinou. U nespavostí způsobených akutním stresem bývá velmi dobrá, chronická insomnie vyžaduje většinou zevrubné vyšetření psychiatricko-psychologické, neurologické a interní (zejm. plicní a kardiologické). Insomnie znamená sama o sobě zátěžovou okolnost, která může přispět k rozvoji depresivní fáze nebo jiného onemocnění. V současnosti máme k dispozici jen málo prospektivních studií, zabývajících se prognózou primárních (neorganických) insomnií. Výsledky různých studií se shodují v závěru, že chronická insomnie výrazně zvyšuje riziko následného vzniku psychické poruchy, zejména deprese, úzkostné poruchy nebo alkoholové závislosti.

9. PREVENCE

K zásadám prevence insomnie patří dodržování zásad duševní hygieny a spánkové hygieny stejně tak jako prevence somatických onemocnění. Nespavost patří k civilizačním poruchám, které jsou následkem narušení biologických rytmů organismu člověka a sociálních rytmů. K řešení nespavosti patří vyhodnocení přiměřenosti pracovní zátěže a pracovního zařazení pacienta (zejména směně provozy mohou působit závažné poruchy spánku). Mysleme na správné stravovací návyky. Nespavost mohou často působit alergická onemocnění (eliminujeme alergii na roztoče z lůžkovin, prach, peří, pokojové rostliny).

10. LITERATURA

- 1) American Academy of Sleep Medicine: *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding manual*, 2nd ed., Westchester, American Academy of Sleep Medicine 2005.
- 2) Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 4th Ed. Philadelphia: Elsevier, 2005.
- 3) Lavie P., Pillar G., Malhotra A: *Sleep Disorders*. Londýn: Martin Dunitz, 2002.
- 4) Management of insomnia – NCSDR Working Group. *Sleep* 1999; 22, Suppl 2: 402-5408.
- 5) National Institutes of Health. *State-of-the-Science Conference Statement. Manifestation and Management of Chronic Insomnia in Adults*. Bethesda 2005.
- 6) Nevšímalová S., Šonka K. a kol: *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Maxdorf, 1997. (Nové vydání 2007)
- 7) Pretl M. *Insomnie*. *Practicus* 2004; 3 (7): 252-254.
- 8) Pretl M., Vevera J: *Efektivní léčba nespavosti*. *Psychiatrie pro praxi* 2006; 3 (7): 140-142.
- 9) Smolík P.: *Trendy farmakoterapie v léčbě nespavosti*. *Psychiatrie pro praxi* 2009; 10: 63-66.
- 10) Smolík P.: *Poruchy spánku v ordinaci praktického lékaře*: *Medicína po promoci* 2010; 11 (Suppl. 2): 33 - 39
- 11) Szuba MP, Kloss JD, Dings DF: *Insomnia. Principles and Management*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
- 12) Švestka J.: *Nová psychofarmaka: Melatonin s prodlouženým účinkem v léčbě primární insomnie u starších osob*. *Psychiatrie* 2008; 12: 160-166.
- 13) Šonka K., Pretl M. *Nespavost. Průvodce ošetřujícího lékaře*. Maxdorf-Jesenius, Praha 2009.

POZNÁMKY

POZNÁMKY

Tisk podpořen společností

sanofi aventis

Protože na zdraví záleží.

Doporučený postup byl vytvořen s podporou Nadačního fondu Praktik

NADAČNÍ FOND
PRAKTIK

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN: 978-80-86998-45-9

ISBN 978-80-86998-45-9



© 2011, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP