

Doporučené diagnostické a terapeutické postupy
pro všeobecné praktické lékaře



NESPAVOST

Autoři:

MUDr. Martin Pretl, CSc.

Neurologická ambulance a spánková poradna Inspamed, s.r.o.
Institut spánkové medicíny, Praha

doc. MUDr. Petr Smolík, CSc.

Psychiatrická společnost ČLS JEP

MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

NOVELIZACE 2017



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Společnost všeobecného lékařství, Sokolská 31, Praha 2

NESPAVOST

Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2017

Autoři:

MUDr. Martin Pretl, CSc.

Neurologická ambulance a spánková poradna Inspamed, s.r.o.
Institut spánkové medicíny, Praha

doc. MUDr. Petr Smolík, CSc.

Psychiatrická společnost ČLS JEP

MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Oponenti:

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Toman Horáček

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

OBSAH

1. ÚVOD	3
2. DEFINICE	3
3. EPIDEMIOLOGIE	3
4. ETIOLOGIE A PATOGENEZE	3
5. KLASIFIKACE	3
6. DIAGNOSTIKA A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA	4
7. LÉČBA	5
7.1. Farmakoterapie	5
7.1.1. Obecné principy farmakoterapie nespavosti	5
7.1.2. Synchronizátory biologických rytmů	6
7.1.3. Benzodiazepiny a benzodiazepinům podobná psychofarmaka	7
7.1.4. Závislost na benzodiazepinech	7
7.1.5. Přírodní léčiva	7
7.1.6. Léky působící nespavost	8
7.1.7. Lékové interakce při léčbě nespavosti	8
7.2. Psychoterapeutické metody a pravidla spánkové hygieny	8
8. PROGNOZA	9
9. PREVENCE	9
LITERATURA	10

1. ÚVOD

Problémy s nespavostí (insomnie) patří při kontaktu s praktickým lékařem k častým subjektivním obtížím pacientů. Za insomnií se může skrývat závažné neurologické nebo psychiatrické onemocnění, jehož další příznaky pacient z různých důvodů nedovede 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 nočního spánku (neschopností spánek navodit a/nebo ho udržet, tj. časté a/nebo časně probouzení při zachování podmínek ke kvalitnímu spánku), která ovlivňuje denní aktivity. Máme-li nespavost považovat za onemocnění (insomnia disorder), měly by obtíže trvat po dobu alespoň tří měsíců a vyskytovat se nejméně třikrát týdně. Pacient se v takovém případě obává spánku, obvykle se příliš stará o důsledky nespavosti a stěžuje si na zhoršení výkonnosti v práci i při jiných sociálních aktivitách a na zvýšenou únavu. Nebezpečným důsledkem nespavosti bývá snížený práh bdělosti, event. až mikrosnápanky s nebezpečím úrazu zejména při řízení motorových vozidel v průběhu dne. Mohou se objevit i různé nepříjemné somatické a vegetativní příznaky.

3. EPIDEMIOLOGIE

Nespavost patří mezi časté poruchy v populaci. S přibývajícím věkem je častější. S akutní insomnií (viz dále) se setkal každý člověk, příznaky chronické nespavosti se vyskytují podle současných výzkumů minimálně až u 1/3 populace, přičemž 6 % dospělých v průmyslově vyspělých zemích trpí chronickou nespavostí jako onemocněním (insomnia disorder) s častějším výskytem mezi ženským pohlavím. Studie prokazují v průměru 10% nárůst nespavosti v populaci v posledních letech, obdobně rychle roste i spotřeba hypnotik. Příčiny vzniku nespavosti souvisí hlavně se zrychlujícím se životním tempem, zvyšujícím se průměrným věkem populace a nepravidelným režimem spánku a bdění.

4. ETIOLOGIE A PATOGENEZE

Výzkum v oblasti poruch spánku a bdění dosáhl v posledních několika desetiletích pozoruhodných výsledků (v roce 2017 bylo objevení cirkadiálních rytmů oceněno Nobelovou cenou), 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)
- Obtíže s udržením spánku (časté probouzení během noci, časně probouzení nad ránem)
- Nezotavující spánek, ovlivňující denní aktivity, projevující se různými psychosomatickými příznaky či zvýšenou náchylností k chybám či nehodám
- Trvání obtíží déle než tři měsíce při frekvenci alespoň 3x týdně

V praxi nejpoužívanější klasifikace MKN 10 již zcela nevystihuje současné potřeby a trendy. Prakticky a podrobně popisují nespavost *Mezinárodní klasifikace poruch spánku ICSD-3 (International Classification of Sleep Disorders, 3rd Edition)* a *Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch DSM – 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition)*. Obě klasifikace dělení nespavosti významně zjednodušily. ICSD – 3 rozděluje nespavost na

chronickou (chronic insomnia disorder), která zahrnuje dřívější typy nespavosti a akutní (short-term insomnia disorder), DSM-5 zastřešila vše pod dg. insomnie (insomnia disorder) – viz tabulka č. 1.

Tabulka č. 1. Dělení nespavosti podle ICSD – 3 s kódy ICD-10

Název	
1. Akutní insomnie	F51.02
2. Chronická insomnie	F51.01
2.1 Psychofyziologická insomnie	F51.03
2.2 Idiopatická insomnie	F51.04
2.3 Paradoxní insomnie	F51.02
2.4 Insomnie způsobená nedostatečnou spánkovou hygienou	Z72.821
2.5 Behavioralní insomnie v dětství	Z73.81
2.6 Insomnie způsobená duševní poruchou	F51.05
2.7 Insomnie způsobená somatickým onemocněním	G47.03
2.8 Insomnie způsobená léky či jinými látkami	G47.02

Mezi nejčastěji se vyskytující (a dříve samostatně diagnostikované) podjednotky chronické nespavosti podle ICSD 3 patří:

- 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 vzorce chování, které vedou k nespavosti, resp. k jejímu udržování. Pro psychofyziologickou insomnii 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 chalupě...)
- Paradoxní insomnie (dříve mispercepce spánku) postihuje asi 5 % populace – spánek je nesprávně vnímán jako nekvalitní – pacient má pocit, že nespí, že je stále vzhůru i přes to, že doba spánku je normální.
- 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).

6. DIAGNOSTIKA A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

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 i u odborníka (polysomnografické vyšetření není na prvním místě v diagnostice insomnií). K rozhodnutí, zda je problém akutní, či chronický, 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.

K diferenciálně diagnostické rozvaze vedou hlavně dotazy týkající se

- spánkové hygieny (viz níže) včetně doby uléhání, latence usnutí, kvality spánku (počtu probuzení, jejich důvodu, latence opětovného usnutí), pocitu při probuzení a pocitu přes den
- ostatních příčin způsobujících nespavost

Jestliže pacient při spánku hlasitě chrápe, je třeba uvažovat o obstrukční spánkové apnoei (MKN 10 – G47.3), Onemocnění je nejčastěji spojeno s neosvěžujícím spánkem vedoucím k nadměrné denní únavě až usínání (hlavně v klidových situacích), nezřídka se však projevuje noční nespavostí (při velkém množství probouzecích reakcí). Syndrom neklidných nohou (RLS – G 25.8) 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 nespavost. RLS je velmi často spojován s periodickými pohyby končetinami ve spánku, které vedou k mikroprobouzecím reakcím nebo i probuzením, často mylně interpretovaným jako nespavost. Obě jednotky se mohou vyskytovat navíc i při dalších afekcích (nejčastěji neuropatie, anémie, revmatická onemocnění, poruchy metabolismu

železa). S diagnózou insomnie bychom neměli zaměňovat poruchy spánku způsobené směnným provozem a dalšími poruchami cirkadiánní rytmicity (např. jet leg syndromem). Diagnóza posunutá a předsunutá fáze spánku (G47.2) znamená, že u pacientů je posunuta (předsunuta) doba usínání oproti konvencím minimálně o 2 hodiny. Onemocnění je tak často mylně diagnostikováno jako nespavost – jedinec není schopen usnout a jeho doba probuzení je posunuta, nebo naopak musí chodit spát dříve a dříve se probouzí. Jeho spánek je jinak bez patologie. Pokud pacient nemůže vyhovět svému změněnému rytmu, působí to nejen sociální problémy, ale i snížení kvality bdělosti a sociálních aktivit přes den.

Vysoká komorbidita insomnií s psychickými poruchami a abúzem, resp. závislostí na návykových látkách jednoznačně indikuje nevyhnutelnost věnovat mimořádnou pozornost diagnostickému procesu ve smyslu podchybení psychických poruch.

- jestliže jsou v popředí snižená nebo smutná nálada a ztráta zájmů o běžné činnosti, je třeba uvažovat o depresivní epizodě (F32)
- jestliže je v popředí denně se objevující úzkost, připadá v úvahu generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)
- problémy se spánkem mohou být komplikací užívání alkoholu nebo jiných psychoaktivních látek. Výčet nejdůležitějších somatických nemocí a chemických látek s negativním dopadem na kvalitu spánku je uveden v tabulkách č. 2 a 3

KONZULTACE ODBORNÍKA

Zvažte konzultaci:

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

Tabulka č. 2. Nejdůležitější somatické nemoci s negativním dopadem na kvalitu spánku

- 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

Tabulka č. 3. Nejdůležitější chemické látky s negativním dopadem na kvalitu spánku

- hypnotika (zejména rebound-insomnie u benzodiazepinů a barbiturátů – viz níže)
- antidepressiva (zejména aktivující, např. inhibitory MAO, blokátory zpětného vychytávání serotoninu)
- antihypertenziva (např. β -blokátory)
- antiastmatika (teofylin, β -sympatomimetika)
- hormonální preparáty (např. tyroxin, steroidy, antikonceptiva)
- antibiotika (např. blokátory gyrázy)
- nootropika (např. piracetam)
- diuretika
- alkohol a jiné omamné látky (zejména stimulační, např. amfetaminy a jejich deriváty)

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.

Důležité je uvědomit si, že kvalita spánku souvisí především s kvalitou předcházejícího dne, případně několi-

ka dnů nebo i týdnů. Opomeneme-li alespoň orientační vyšetření rozvržení spánku a bdění vyšetřované osoby, nemůžeme provést základní diferencially-diagnostickou úvahu o vhodnosti a možnostech psychofarmakologické intervence.

Předpokladem diagnostické a terapeutické rozvahy u pacienta s nespavostí je anamnestické zjištění individuální potřeby délky spánku a jeho fázového nastavení. Obojí je geneticky zakotvené. Ptáme se pacienta, jaká bývá jeho optimální délka spánku v klidových obdobích života. Norma je relativně široká, od čtyř do deseti hodin denně. Zjišťujeme, kdy v klidových obdobích života nejraději večer uléhá ke spánku a ráno vstává. Zjistíme tak, zda patří k „širší normě“, tj. spí v intervalu mezi 22. a 7. hodinou, s průměrnou odchylkou ± 1 hodina. Nebo zda jeho vrozená spánková fáze je dvě a více hodin předsunutá (skřivánci) či zpožděná (sovy). Následně zjišťujeme, zda vyšetřovaná osoba může svoje individuální nastavení dodržovat, nebo zda z různých důvodů (profesionálních, studijních, osobnostních) toto nastavení nerespektuje, a vystavuje se tak riziku chronické desynchronizace biologických rytmů, projevující se kromě denního diskomfortu také nespavostí.

Dalším důležitým zjištěním je úroveň bdělosti (čilosti) po ranním probuzení, rozložení aktivních intervalů v průběhu dne, poměru jejich délky k intervalům únavy. Fyziologická únava přichází pouze v odpoledních hodinách, v „siestovém intervalu“. Dlouhodobá únava v průběhu dne, se sníženou výkonností (mimo „siestový interval“) při současné chronické nespavosti svědčí téměř vždy pro poruchu cirkadiálního rytmu a budeme se snažit zjistit její příčinu.

Přibližně u 90 % pacientů s chronickou nespavostí v dospělém věku je její příčinou dlouhodobě nevhodné rozložení psychické a fyzické zátěže v průběhu dne, případně dlouhodobé patogenní fyzikální a sociální faktory, atakující průběh cirkadiálního rytmu. U zbylých 10 % se může jednat o biologickou příčinu, např. tělesné onemocnění nebo duševní poruchu (nejčastěji depresivní poruchu). Ve výjimečných případech můžeme zvažovat poruchu na úrovni CNS, v oblastech řídících spánkový proces (např. poruchovost gabaergního jádra v předním mozku, sloužícího jako „startér“ spánku).

7.1.2. SYNCHRONIZÁTORY BIOLOGICKÝCH RYTMŮ

Z klinického hlediska je nespavost především varovný signál desynchronizace biologických rytmů. Pouhé farmakologické uvedení do spánku hypnotikem, bez další klinické úvahy o kauzalitě nespavosti, je v současné době nutno považovat za obsolentní. Ve většině případů není vhodná opakovaná preskripce a dlouhodobé užívání benzodiazepinových nebo benzodiazepinům podobných hypnotik z následujících důvodů:

- mění fyziologickou strukturu spánku
- náhlé vysazení může vyprovokovat rebound-insomnii (zejména benzodiazepiny s krátkým a středním biologickým poločasem)
- mohou vést k vzniku biologické nebo psychické závislosti
- zejména u starších pacientů mohou vyvolat poruchy paměti a stavy noční zmatenosti

Blíže ke kauzalitě chronické nespavosti mají ve většině případů psychofarmaka příznivě ovlivňující nejenom start a kontinuitu spánku, ale i synchronizaci různých biologických rytmů. Za takové synchronizátory můžeme považovat antidepresiva (pojem antidepresivum tak získává biologicky kauzálnější charakteristiku), psychopropylaktika (např. lamotrigin – Lamotrigin[®], Lamotrix[®], Lamotrigine[®], valproát sodný – Convulex[®], Orfiril[®], Valproat Chrono[®], lithium – Lithium Carbonicum), případně antipsychotika druhé generace (např. tiaprid – Tiapridal[®], Tiapra[®], Tiapralan[®], olanzapin – Olanzapin[®], Aedon[®], Egolanza[®], Lapozan[®], Nykob[®], risperidon – Risperdal[®], Risperidon[®], Rorendo[®], Medorisper[®]).

Některá novější antidepresiva obsahují kombinaci složky sedativní a synchronizační. V klinické praxi se osvědčily zejména trazodon – Trittico Ac[®] a mirtazapin – Mirtazapin[®], Mirzaten[®], Esprital[®].

V souvislosti s poznatky chronobiologie byla vyvinuta řada látek, kombinujících hypnotickou složku antidepresiv (na úrovni serotoninergních 5-HT_{2C} receptorů) a chronobiologický účinek melatoninu (na úrovni receptorů MT₁ a MT₂). Patří k nim u nás dostupný agomelatin – Valdoxan[®].

Na tomto místě je třeba upozornit na nezbytnost pečlivé informace pacienta o individuální snášenlivosti antidepresiv, o potenciálních nežádoucích účincích (zejména na začátku léčby) a o předpokládaném časovém zpoždění účinku. Dávkování je třeba volit přísně individuálně. Nedostatečné dávky mohou být neúčinné, nadměrně vysoké dávkování hrozí vznikem nežádoucích příznaků. V obou případech může nedostatečně informovaný pacient ztratit důvěru v lék, který by pro něj při správném postupu mohl být vhodný. Následně opakované kontroly po nasazení antidepresiva jsou proto nezbytné.

V klinických aplikacích chronobiologie často diskutovaný melatonin bývá používán pro urychlení adaptace na

pásmové změny času (jet leg). Má mírný hypnotický účinek a může dočasně pomoci kompenzovat zpoždění nebo předcházení spánkové fáze. Melatonin je možno podávat ve formě potravinového doplňku. Syntetický melatonin 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 sníženy.

Z uvedeného vyplývá, že u většiny pacientů s chronickou nespavostí hrají významnější roli než hypnotika/sedativa léky se synchronizujícím potenciálem, podávané ráno, případně v průběhu dne, nebo na noc.

7.1.3. BENZODIAZEPINY A BENZODIAZEPINŮM PODOBNÁ PSYCHOFARMAKA

V klinické praxi se můžeme setkat s již zmíněnou podskupinou insomnií (zejména poruch usínání), způsobených nedostatkem endogenních benzodiazepinů, nebo insuficiencí gabaergních receptorů v oblastech mozku, které zajišťují start spánku a jeho udržení. Poruch tohoto typu přibývá s věkem, u pacientů starších 65 let jsou poměrně běžné. Podávání benzodiazepinů má u těchto pacientů význam substituční a nelze u nich uplatňovat pravidlo o krátkodobém podávání benzodiazepinových hypnotik. K substituční podpoře startu spánku je vhodné hypnotikum s krátkým biologickým poločasem (např. zolpidem – Stilnox®, Hypnogen®, Sanval®, Zolpidem®, Apo-zolpidem®). Poruchy kontinuity spánku může pomoci řešit benzodiazepin se středním biologickým poločasem (např. alprazolam – Neurolog®, Frontin®, Xanax®, Xanax Sr®, Helex Retard®), benzodiazepinům podobný bromazepam – Lexaurin®, případně přiměřená dávka antipsychotika druhé generace (např. tiaprid – Tiapridal®, Tiapra®, Tiapralan®). Nevhodnou volbou u starších pacientů je vždy diazepam s ohledem na jeho dlouhý biologický poločas a ukládání aktivních metabolitů do tukové tkáně. (Viz tabulka č. 4)

Tabulka č. 4. 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 (Neurolog®, Frontin®, Xanax®, Xanax Sr®, Helex Retard®) bromazepam (Lexaurin®)	zolpidem (Stilnox®, Hypnogen®, Sanval®, Zolpidem®, Apo-zolpidem®) midazolam (Dormicum®, Midazolam®)

7.1.4. ZÁVISLOST NA BENZODIAZEPINECH

Limitujícím faktorem při léčbě benzodiazepinovými psychofarmaky je možnost vzniku závislosti. Jen relativně nízké procento populace má biologickou dispozici k rozvoji tzv. „drogové závislosti“ na benzodiazepinech (asi podobně jako na alkoholu). Je charakteristická rychlým rozvojem zvláštního prožitku blaženosti po užití látky. Bažení (craving) po opakování tohoto prožitku společně s rychlou aktivací jaterních enzymů, odbourávajících benzodiazepiny, vede k navyšování dávek. Náhlé vysazení látky je potom doprovázeno typickým abstinčním syndromem. Většinou jsou benzodiazepiny takto zneužívány pouze jako náhražka „tvrdších“ drog, při jejich nedostatku. Výjimečně se stávají jedinou vyhledávanou drogou. Častější je rozvoj „psychické závislosti“ na benzodiazepinech, kdy u některých typů jedinců dochází k obavě z vysazení léku. Po ulehnutí ke spánku dochází k zvýšenému sebezpozorování, rozvoji stresu a následně neschopnosti usnout. Postupné vysazování a psychologická podpora mohou tento typ závislosti eliminovat. Diferenciální diagnostika mezi psychickou závislostí na benzodiazepinu oproti jeho substitučnímu potenciálu je někdy obtížná.

7.1.5. PŘÍRODNÍ LÉČIVA

Nezanedbatelnou úlohu v terapii insomnií hrají rostlinné preparáty, zejména na bázi valeriány. Výtažek z Valeriana officinalis obsahuje GABA, která neprostupuje hematoencefalickou bariérou. Inhibuje katabolismus GABA, účinkuje na serotoninové a na adenosinové receptory. Zvyšuje množství hlubokého spánku NREM, redukuje mělký spánek NREM 1 (N1). Pacienti si často tyto preparáty nasazují sami jako první krok léčby. Lehkou sedaci způsobuje na trhu vcelku snadno dostupný L-tryptofan, prekursor 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 („šláftrunk“) – působí sice rychle anxiolyticky, a může tak pomáhat při usnutí, nežádoucím účinkem bývá ale snížení kvality spánku v dalším průběhu noci.

7.1.6. LÉKY PŮSOBÍCÍ NESPAVOST

Nespavost mohou způsobovat některá léčiva, používaná pro léčbu somatických onemocnění. Patří k nim zejména beta blokátory (propranolol, metoprolol, pindolol), hypolipidemika (např. atorvastatin), bronchodialatancia (metylxantiny), kortikosteroidy, centrálně působící anorektika, nazální dekongestiva.

7.1.7. 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. č. 5).

Tabulka č. 5. Příklady kompetujících léčiv na úrovni izoenzymu CYP3A4:

léčba nespavosti	léčba kardiovaskulárních onemocnění
<i>Hypnotika:</i> zolpidem	<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	

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 „probouzení 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 pohyb, 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. Podřimování v průběhu dne může způsobit významné narušení kvality nočního spánku (nemůže nahradit noční hluboký spánek).
4. Budte opatrní při požívání nápojů s kofeinem (káva, kakao, kola, čaj) a alkoholu. 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. Naleznete pro sebe optimální dobu a způsob předspankové relaxace (příjemná četba, luštění křížovek nebo jiné aktivity, které pomohou odpoutat se od denních problémů a postupně zpomalovat tok myšlení). Zkuste se např. sprchovat nebo koupat poslední hodinu před spánkem (vyzkoušejte pro vás optimální teplotu vody, ne však příliš horkou).
2. Důležité je předejít probouzení z hladu. Před spaním je možné si vzít např. ovoce nebo se napít teplého nápoje bez kofeinu (oblíbené bývá teplé mléko, event. s medem).
3. Před spaním nepožívejte alkohol. Alkohol má na spánek paradoxní účinek. Krátkodobě působí uvolnění a ospalost, může vám pomoci usnout, ale často vede k předčasnému probuzení a pravidelně k nekvalitnímu spánku, po kterém se ráno necítíte osvěženi.
4. Udělejte si pohodlí. Ujistěte se, že v místnosti není ani příliš horko, ani příliš chladno (optimálně 18–20 °C). Najděte pro sebe optimální matraci. Používejte povlečení a pyžama, zajišťujících vám pocit optimálního tělesného komfortu.
5. Ujistěte se, že vás neruší hluk nebo vám nepříjemné zvuky.
6. 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. Takové stavy se spánkem neslučují. Nemůžete současně spát a o něco se strachovat. Nepřemýšlejte v posteli.

7. Naleznete vhodné alternativy pro uvolnění. Pokuste se zbavit starostí cvičením relaxace nebo hlubokého dýchání. Pomůže vám to odklonit se od činností vzbuzujících obavy nebo burčujících k bdělosti k aktivitám podporujícím usínání.
8. Generujte myšlenky, které jsou se spánkem slučitelné. Např. pomyšlení typu „i když dnes nebudu příliš dobře spát, určitě to do zítřka přežiji“ je rozhodně méně úzkost provokující než „jestli teď neusnu, zítra to pro mě nebude k přežití“. Méně úzkosti = lepší schopnost usnout.
9. Nemůžete-li v noci usnout, nepodléhejte panice. I pro dobré spáče je občasné noční bdění normální. Je běžné se probudit a jít na WC. Uvědomte si, že noční probuzení není nic mimořádného a použijte případně stejných uvolňujících metod, na které jste navyklí před spaním.
10. Nesledujte hodiny. Raději je otočte stranou. Vede to pouze k frustraci, k reakcím provokujícím úzkost a následné nespavosti.
11. 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. 6. 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.

Tabulka č. 6. Kontrola stimulů

1. Nepijte kávu, černý či zelený čaj, kolu nebo různé energetické nápoje od pozdního odpoledne (nejlépe 4–6 hodin před ulehnutím), omezte i jejich požívání přes den. Působí povzbudivě a ruší spánek.
2. Vynechte večer těžká jídla, poslední jídlo zařadte 3–4 hodiny před ulehnutím.
3. Po večeři neřešte důležité věci, které vás rozruší. Naopak se snažte příjemnou činností zbavit se stresu a připravit se na spánek.
4. Lehká procházka po večeři může zlepšit váš spánek. Naopak cvičení před ulehnutím (3–4 hodiny) již může váš spánek narušit, přesuňte tyto aktivity před večeří.
5. Nepijte večer alkohol, abyste lépe usnuli – alkohol zhoršuje kvalitu vašeho spánku.
6. Nekuřte, zvláště ne před usnutím a v době nočních probuzení. Nikotin také povzbuzuje.
7. Postel i ložnici užívejte pouze ke spánku a pohlavnímu životu (odstraňte z ložnice televizi, v posteli nejezte, nečtěte si ani neodpočívejte).
8. Uléhejte a vstávejte každý den (i o víkendu) ve stejnou dobu plus/mínus 15 minut.
9. Omezte pobyt v posteli na nezbytně nutnou dobu. V posteli se zbytečně nepřevalujte, postel neslouží k přemýšlení.
10. V místnosti na spaní minimalizujte hluk a světlo a zajistěte vhodnou teplotu (nejlépe 18–20°C).

8. PROGNOZA

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 (zejména 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 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 směnné 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).

LITERATURA

- American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders. 3rd ed. Darien, IL : American Academy of Sleep Medicine. 2014
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013
- Asnis GM et al. Pharmacotherapy Treatment Options for Insomnia: A Primer for Clinicians. *Int J Mol Sci* 2016; 17: 50; doi:10.3390/ijms17010050
- Bassetti C et al. Sleep Medicine Textbook. European Sleep Research Society (ESRS). Regensburg, 2014
- Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. Principles and Practice of Sleep Medicine. 5th ed. Philadelphia: Elsevier, 2011
- Nevšímalová S, Šonka K et al. Poruchy spánku a bdění. 2nd ed. Praha: Maxdorf, 2007
- Praško J et al. Léčba primární insomnie z pohledu psychiatra. *Neurol pro praxi* 2009; 10: 254–261
- Pretl M. Diagnostika a diferenciální diagnostika nespavosti. *Practicus* 2010; 4: 23-26
- Riemann D et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res* 2017, doi:10.1111/jsr.12594
- Sateia MJ, et al. Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med* 2017;13:307–349
- Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. 2nd Ed. Praha: Maxdorf-Jessenius. 2002
- Smolík P. Farmakologie nespavosti a související lékové interakce v klinické praxi. *Med Praxi* 2011; 8: 219 -221
- Šonka K, Pretl M. Nespavost. Průvodce ošetřujícího lékaře. Maxdorf-Jesenius, Praha, 2009
- Švestka J: Nová psychofarmaka: Melatonin s prodlouženým účinkem v léčbě primární insomnie u starších osob. *Psychiatrie* 2008; 12: 160-166

Tisk podpořen firmou



Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Sokolská 31, 120 00 Praha 2

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN 978-80-86998-93-0



© 2017, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP