

# Insomnia v praxi všeobecného lekára

MUDr. Eva Jurgová, PhD.

Prvá privátna prax, Piešťany

Všeobecný praktický lekár sa stretáva s poruchami spánku u pacientov veľmi často. Počet zistených prípadov sa významne zvyšuje, keď sa lekár začne aktívne pýtať na symptómy spojené s týmto zdravotným problémom. Liečbu môže iniciovať praktický lekár, avšak musí mať na zreteli riziká spojené predovšetkým s dlhodobým užívaním hypnotík, resp. mal by sa riadiť všeobecnými pravidlami terapie nespavosti.

**Kľúčové slová:** poruchy spánku, kritériá diagnostiky nespavosti, klasifikácia nespavosti podľa príčin, farmakologická a nefarmakologická liečba, pravidlá pri predpisovaní hypnotík.

## Insomnia in general practice

The incidence of insomnia in general practice is very common. The number of disclosed cases is highly increasing, once the general practitioner (GP) is actively asking about the symptoms related to this health problem. The treatment can be initiated by GP, but all the risks of the treatment must be taken in consideration. To follow the general guidelines for insomnia treatment is helpful.

**Key words:** sleep dysfunctions, criteria for the diagnosis of insomnia, types and causes of insomnia, pharmacologic and non-pharmacologic therapy, guidelines for prescribing hypnotics.

## Úvod

Americká akadémia medicíny spánku (AASM) definovala v roku 2000 **nespavosť** ako „**nedostatočný spánok, ktorý negatívne ovplyvňuje denné aktivity pacienta**“ (1). Podľa zistení AASM trpí určitým stupňom poruchy spánku viac než jedna tretina dospelých, a až 6 % dospelých populácie dlhodobo užíva lieky proti nespavosti. Na konferencii v americkom Baltimore v roku

**Tabuľka 1.** Kritériá na diagnózu nespavosti (3).

### Pacient si sťažuje aspoň na jeden z nasledujúcich príznakov:

- ťažkosti pri zaspávaní
- opakované zobúdzanie sa počas noci
- plytký spánok
- nedostatočne kvalitný spánok napriek adekvátnym podmienkam na spánok
- skoré vstávanie

### Počas dňa je u pacienta prítomný aspoň jeden z nasledujúcich príznakov:

- poruchy pozornosti a koncentrácie
- problémy s pamäťou
- myšlienky spojené s obavami o spánok
- ospalosť počas dňa
- chyby až úrazy v práci, či pri riadení motorového vozidla
- chudnutie alebo príberanie na hmotnosti
- gastrointestinálne ťažkosti
- výkyvy nálady a podráždenosť
- zníženie záujmov
- tenzné bolesti hlavy
- horšie výsledky v práci alebo v škole

2005, ktorá bola venovaná manifestácii príznakov nespavosti a ich manažmentu, odznali informácie z viacerých výskumných projektov. Na ich základe bolo napr. dokázané, že „**jedným z najzávažnejších dôsledkov nespavosti je zvýšená chorobnosť a úmrtnosť, predovšetkým na kardiovaskulárne a psychické ochorenia**“ (2). Taktiež bol dokázaný významný vplyv nespavosti na ďalšie zdravotné a **sociálne aspekty života**, pretože spôsobuje množstvo vážnych zdravotných ťažkostí, vrátane úrazov, ako aj spoločenské a ekonomické problémy, či už v práci, rodinnom a spoločenskom živote, alebo v medziľudských vzťahoch. Niet pochyb o tom, že vice versa platí,

**Tabuľka 2.** Aktuálna klasifikácia nespavosti ICSD-2 podľa AASM z roku 2005 (4).

### Klasifikácia ICSD-2 rozlišuje 11 základných skupín nespavosti:

- akútna insomnia
- psychofyziologická insomnia
- paradoxná insomnia
- idiopatická insomnia
- insomnia spôsobená duševnou chorobou
- insomnia spôsobená nedostatočnou spánkovou hygienou
- behaviorálna insomnia v detstve
- insomnia spôsobená somatickým stavom, organická insomnia
- insomnia spôsobená užívaním liekov/návykových látok
- neorganická, nešpecifikovaná insomnia
- organická, fyziologická insomnia, nešpecifikovaná

že najrôznejšie **somatické a psychické choroby sú príčinou nespavosti**.

Práve lekári primárnej starostlivosti sú tí, ktorí majú možnosť včas stanoviť diagnózu, ako aj začať s komplexnou liečbou pacienta trpiaceho poruchami spánku. **Kritériá na diagnózu nespavosti** podľa AASM sú uvedené v tabuľke 1 (3).

## Klasifikácia nespavosti

Aktuálna **klasifikácia nespavosti ICSD-2** podľa AASM z roku 2005, rozlišuje 11 základných skupín nespavosti (tabuľka 2):

Pre prax praktického lekára sa však viac osvedčilo rozdeliť nespavosť podľa dĺžky trvania, a to na dva typy:

- **akútna forma**, trvajúca menej než 30 dní;
- **chronická forma**, trvajúca nad 30 dní (5).

## Príčiny nespavosti

Medzi hlavné **príčiny akútnej nespavosti** patrí **stres** (napr. pri problémoch v zamestnaní, v medziľudských vzťahoch, finančných ťažkostiach a pri chorobe), ďalej **ochorenie, či smrť blízkeho človeka**, ale napr. tiež „**jet lag**“, vyplývajúci zo zmeny časového pásma po dlhšom lete lietadlom.

**Príčiny chronickej nespavosti** možno rozdeliť do **šiestich hlavných skupín**:

- **ochorenie pacienta** – chronická bolesť, artropatie, nádorové ochorenia, srdcová nedostatočnosť, chronická obštrukčná respiračná choroba, hypertenzia, hyperthyreóza, noktúria pri hypertrofii prostaty, renálna insuficiencia, cievne mozgové príhody, gastroezofageálny reflux a ďalšie;

- **psychické poruchy** – anxiózne stavy, depresia, bipolárne poruchy, schizofrénia, poruchy osobnosti, posttraumatické stavy;
- **užívanie liekov** – napr. anticholinergiká, niektoré antidepresíva, antiepileptiká, betablokáto-ry, bronchodilatanciá (beta agonisty), stimulanciá CNS, diuretiká, lieky na chudnutie, steroidy, orálne kontraceptíva, progesterón, tyreoidálne hormóny;
- **poruchy spánkového rytmu** – práca na zmeny, nepravidelný cyklus spánku a bdenia;
- **nadmerné užívanie návykových látok** – alkohol, nikotín, kofeín, psychostimulanciá;
- **nepriaznivý vplyv prostredia** (hluk, teplo, chlad).

Poruchy spánku, vznikajúce v dôsledku niektorých z uvedených príčin, sa označujú ako **sekundárne insomnie**. Primárne poruchy spánku, prejavujúce sa tiež syndrómom nepokojných nôh a apnoickýmymi pauzami, predstavujú menej než 15 % (6), a pri každej chronickej nespavosti by praktický lekár mal venovať najprv pozornosť zisťovaniu prvých šiestich hore uvedených príčin. Len pri ich vylúčení možno hovoriť o **primárnej insomnii**.

### Rizikové faktory insomnie

Medzi **všeobecné a najčastejšie rizikové faktory nespavosti** patria vyšší vek, ženské pohlavie, psychiatrické ochorenie, komorbidita, neusporiadané spoločenské vzťahy, nižšie sociálno-ekonomické postavenie, strata partnera a strata zamestnania, resp. nezamestnanosť.

### Kedy liečiť nespavosť?

Z praktického hľadiska sa za najvýznamnejšie **indikátory na začatie liečby** považujú:

- frekvencia a dĺžka trvania porúch spánku;
- miera, do akej nespavosť významne ovplyvňuje denné aktivity (kvalita života, obmedzenie v práci a iných činnostiach, nálada počas dňa, atď.).

### Nefarmakologická liečba

V ideálnom prípade by liečba nespavosti mala pozitívne ovplyvniť tak dĺžku, ako aj kvalitu spánku, zlepšiť kvalitu života počas dňa a spôsobovať minimálne vedľajšie účinky. Väčšina odborníkov odporúča začať s **nefarmakologickou liečbou**, pričom vyzdvihujú **efekt relaxačnej liečby a kognitívnej behaviorálnej terapie** (CBT), ktorá sa úspešne využíva aj v liečbe množstva ďalších psychických porúch. Pacient by ich však mal praktizovať najmenej 6 až 24 mesiacov.

Bolo dokázané, že **pravidelná fyzická aktivita** dokáže spánok zlepšiť rovnako účinne ako benzodiazepíny (7), pričom by sme nemali zabúdať

**Tabuľka 3.** Pravidlá pri predpisovaní hypnotík (8).

- **Liečbu hypnotikami začíname vždy až po dôkladnom vyšetrení pacienta, zameranom na zistenie všetkých okolností súvisiacich s nespavosťou, ako aj na zistenie nepriaznivého vplyvu nedostatočného spánku na denný život pacienta.**
- **Na začiatku indukujeme najnižšiu možnú dávku vybraného lieku.**
- **Lieky predpisujeme iba na krátke obdobie, 2 až 4 týždne, a pacienta priebežne sledujeme.**
- **Vyhýbame sa predpisu hypnotík v takých prípadoch, keď je nám známa pacientova závislosť na liekoch, drogách či alkohole, ako aj pri myastenii gravis, respiračných poruchách a akútnych mozgo-cievnych príhodách.**
- **Priamo aj nepriamo priebežne sledujeme, či si pacient svojvoľne nezvyšuje dávky lieku.**
- **Ukončenie liečby hypnotikami, hlavne pri ich dlhšom užívaní, by malo byť postupné, teda postupne znižujeme dávku. Ich náhle vysadenie môže navodiť ťažkú insomniu a ďalšie vedľajšie príznaky.**

ani na jej ďalšie pozitívne vplyvy na pacientovo zdravie (srdce, cievy, kĺby, trávenie, atď.).

Nevýhodou **CBT** je, že pri jej aplikácii je potrebné prinajmenšom na začiatku liečby odborné poradenstvo psychológa, či psychiatra. Žiaľ, zatiaľ chýba dostatok odborníkov, ktorí by v tomto smere mohli pacientov účinne viesť a pomáhať im. Praktickí lekári sami nie sú na túto metodiku odborne pripravení.

### Farmakologická liečba

Pri **farmakologickej liečbe** sa praktický lekár môže oprieť tak o širokú škálu prírodných preparátov, ako aj o veľké množstvo hypnotík s rôznorodým účinkom.

### Prírodné substancie

Z **prírodných látok** sa najčastejšie odporúča koreň valeriány, melatonín, levanduľa, glutamín, niacín alebo L-tryptofán, pričom bol vedecky dokázaný účinok iba pri prvých dvoch látkach, aj to len v obmedzených indikáciách. **Melatonín** sa odporúča predovšetkým pri poruchách spánku spôsobených zmenou časového pásma, teda pri *jet lag* nespavosti, a u ľudí pracujúcich na zmeny. **Valeriána** (kozlík lekársky) síce spôsobuje centrálny útlm v dôsledku inhibície odbúravania GABA (gama-aminobutyrovej kyseliny) a jej metabolitov, avšak nedá sa považovať za špecifický liek proti nespavosti. Pri jej užívaní je nepríjemná reziduálna denná ospalosť, a taktiež síce zriedkavý, ale dokázaný hepatotoxický účinok. Tu je vhodné spomenúť aj **alkohol**. Mnohí starší pacienti si navykli siahnuť

večer po alkohole, tzv. sláfrunku, ako spoľahlivom „lieku na spanie“. Rovnako mladí ľudia, vystavení celodennej psychickej a fyzickej záťaži v práci, či rodine, si myslia, že malé množstvo alkoholu pred spaním im zaručí nerušený spánok. Nie je to však správny prístup. Alkohol pôsobí na CNS nielen ako tlmiača, ale tiež ako stimulačná látka. Pomáha síce pri večernom zaspávaní, ale skracuje celkovú dobu spánku, a to práve na úkor potlačania jeho dôležitej REM fázy. Prihladnuc tiež na možnosť vzniku alkoholovej závislosti, by sme alkohol rozhodne nemali pacientom odporúčať, ani schvaľovať ako prostriedok na riešenie porúch spánku.

### Hypnotiká

**Hypnotiká** sa vo všeobecnosti rozdeľujú na benzodiazepínové a non-benzodiazepínové. Odporúčajú sa predovšetkým vtedy, keď je potrebná rýchla terapeutická odozva, keď insomnie spôsobuje vážne problémy, ako aj pri neúspešnej nefarmakologickej liečbe, resp. keď boli odstránené príčiny nespavosti ako napr. bolesť, stresory, či užívanie liekov spôsobujúcich poruchy spánku, a napriek tomu ťažkosti so spaním pretrvávajú. Pri predpisovaní ľubovoľných hypnotík by mal lekár dodržať určité všeobecné pravidlá, uvedené v tabuľke 3 (8).

### Benzodiazepínové hypnotiká

Stojí za to pripomenúť, že **benzodiazepíny a ich deriváty** sa viažu na GABA a GABAA receptory, čiže pôsobia ako antagonisti. I keď samotné benzodiazepíny (diazepam, medazepam, oxazepam, bromazepam a ďalšie) sa zaraďujú medzi anxiolytiká, ich efekt na spánok je nepochybný. Medzi vlastné hypnotiká patria predovšetkým deriváty benzodiazepínu, ktoré delíme na preparáty s rýchlym nástupom a krátkym účinkom (napr. estazolam, midazolam, cinolazepam) a dlhodobou účinnosťou s pomalším nástupom (napr. flurazepam a temazepam). Aj keď majú benzodiazepíny a ich deriváty celkovo dobrý efekt ako na navodenie spánku, tak aj na jeho dĺžku a kvalitu, nesmieme zabúdať, že sú **vysoko návykové** a časom sa ich účinnosť znižuje, takže pacienti majú tendenciu siahnuť po stále vyšších dávkach. **Indikovať** by sa mali **predovšetkým v liečbe krátkodobej, teda akútnej insomnie**. Ich užívanie dlhšie než po 4 týždne významne zvyšuje pravdepodobnosť vzniku závislosti (definovanej ako nutkavej potreby užívania), ako aj vzniku abstinenčných príznakov pri vysadení liečby, ku ktorým patria predovšetkým anxieta, depresia, nauzea, poruchy vnímania, intenzívne sny až „nočné mory“, „rebound“ nespavosť a poruchy koncentrácie a pamäti. Pri benzodiazepínoch s krátkym účinkom sa príznaky môžu dostaviť už o niekoľko hodín po

náhlom vysadení lieku, naproti tomu u dlhodobu účinných benzodiazepínov môžu začať aj po 3 týždňoch od vysadenia lieku.

### Non-benzodiazepínové hypnotiká

V užšom slova zmysle je názov **non-benzodiazepínové hypnotiká** vžitý pre novú generáciu tzv. „benzodiazepínom podobných“ liekov, **zopiklon a zolpidem**. Ide o moderné preparáty, ktoré sa v CNS viažu na benzodiazepínové receptory typu 1. Oproti benzodiazepínom však majú len minimálny negatívny vplyv na jednotlivé fázy spánku, a čo je cenné, nespôsobujú potlačanie REM fázy. Odbúravajú sa v pečeni, preto je potrebná opatrnosť pri ich podávaní pacientom s hepatálnou insuficienciou, ako aj u starších ľudí. Ich účinnosť je porovnateľná s benzodiazepínovými hypnotikami, no ich riziko návyku je nižšie. Treba však priznať, že majú nepriaznivý vplyv na pamäť a spomaľujú psychomotorické funkcie.

**Zolpidem** má rýchly nástup účinku, významne zlepšuje kvalitu spánku, a pokiaľ sa neužíva dlhšie než 4 – 5 týždňov, pri dodržiavaní odporúčanej dávky 10 mg/deň, nevytvára sa závislosť a nie sú pozorované vedľajšie účinky. Tie sú však pomerne výrazné pri dlhodobjšom užívaní, či pri vyššej dávke (20 mg/deň a viac). Patrí k nim nielen už spomínaná retardácia psychomotorických funkcií a pamäti, ale tiež nebezpečný syndróm spánkového apnoe.

Pre užívanie dlhšie než 35 dní, sa skôr odporúča **zopiklon**. V randomizovanej, dvojito-slepej, placebo kontrolovanej štúdií (9) bolo zistené, že ani po 6 mesiacoch jeho užívania nevznikol návyk a závislosť, ani nebolo potrebné zvyšovať dávky. Účinne pomáha pri zaspávaní, udržiava kvalitný spánok, znižuje počet prebudení počas noci a má

priaznivý vplyv aj na celkovú dĺžku spánku. Pri problémoch so zaspávaním postačujú nižšie dávky, 3 – 4 mg/deň, pre zlepšenie kvality spánku sa odporúča dávka 7 – 8 mg na noc. Nástup účinku môže byť oneskorený pri jeho užití spolu s jedlom bohatým na tuky. Taktiež sa neodporúča kombinovať ho s inými liekmi tlmiacimi CNS, pretože boli hlásené vážne, až fatálne komplikácie.

### Ďalšie liečivá

Už bolo spomenuté, že niektoré **anxiolytiká** (chlórdiazepoxid, diazepam, medazepam, oxazepam, bromazepam), ako aj viaceré **antidepresíva** (amitriptylín, imipramín, dosulepín, maprotlín) majú sedatívny až hypnotický účinok, či už pôsobia na úrovni GABA receptorov, alebo blokovaním presynaptických receptorov acetylcholínu, norpinefrínu, či serotonínu. Ak po nich siahneme pri liečbe insomnie, malo by to byť len v takom prípade, keď pacient súčasne trpí anxiou, alebo depresiou. Vždy musíme mať na pamäti ich vysoké riziko návykovosti a vedľajšie účinky.

**Barbituráty a opiáty** sa používajú iba pri torpídnej nespavosti, predovšetkým u nádorových ochorení, ale tiež pri niektorých psychických poruchách spojených s ťažkou insomniou. Praktický lekár ich predpisuje iba zriedka.

**Kombinovaná terapia** insomnie viacerými preparátmi naraz sa zásadne neodporúča, pre riziko nekontrolovateľného aditívneho účinku liekov. Skôr sa odporúča kombinovať CBT alebo fyzickú aktivitu s menšími dávkami ľahkých hypnotík.

### Efektívita terapie

V dnešnej dobe sa všeobecne kladie dôraz na poskytnutie kvalitnej liečby pri čím nižšej cene, čiže na efektívnosť liečby aj z pohľadu financovania.

Z tohto aspektu sa prirodzene za najvýhodnejšiu a najlacnejšiu považuje fyzická aktivita a CBT (pokiaľ za ňu pacient neplatí u súkromného psychológa, či psychiatra). Bežné, staršie hypnotiká benzodiazepínového radu, vrátane anxiolytik, sú u nás cenovo dostupné. Finančne náročnejšie, avšak oveľa bezpečnejšie z hľadiska rizika vzniku návykovosti, či výskytu vedľajších účinkov, sú dnes moderné, non-benzodiazepínové hypnotiká.

### Literatúra

1. Sateia MJ, Morin CM et al. Evaluation of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep* 2000; 23: 243–308.
2. NIH state-of-the-science conference statement on manifestation and management of chronic insomnia in adults. March 20, 2007, Baltimore, USA.
3. Buscemi N, Vandermeer B, Bialy I et al. Manifestation and management of chronic insomnia in adults. *Evid Rep Technol Assess* 2005; 125: 1–10.
4. Nevšímalová S., Šonka K a kol. Poruchy spánku a bdění. *Galen* 2007: 87–115.
5. International Classification of Sleep disorders: Diagnostic and Coding Manual. 2nd ed. Westchester Ill., 2005.
6. Practice parameters for the use of polysomnography in the evaluation of insomnia. Standards of Practice Committee of the American Sleep Disorders Association, *Sleep* 2005; 18: 55–57.
7. King AC, Oman RF, Brassington GS, Haskell WL. Moderate-intensity exercise and self-rated quality of sleep in older adults. A randomized controlled trial, *JAMA* 1997; 277: 32–37.
8. Leopando ZE, Limoso DD, Alba ME. Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Insomnia in Family Practice: part 2. *Asia Pacific Fam Med* 2003; 2: 45–50.
9. Krystal AD, Walsh JK, Laska E, Caron J, et al. Sustained efficacy of eszopiclone over 6 months of nightly treatment: results of a randomised, double-blind, placebo-controlled study in adults with chronic insomnia. *Sleep* 2003; 26: 793–799.

### MUDr. Eva Jurgová, PhD.

Prvá privátna prax, združenie FO  
Štefánikova 111, 921 01 Piešťany  
e.jurga@prax.sk



## SLAIS - počítačový softvér pre lekárov a lekárnikov v SR

### Objednávacie kupón

Meno/Spoločnosť

.....

Adresa.....

.....

IČO.....

IČ DPH.....

Tel.....

Email.....

Počet počítačov.....ks

Ceny uvádzame na www.slais.sk

**Objednávku pošlite na adresu:**

BE TRADE spol. s r.o.  
Röntgenova 14  
851 01 Bratislava

Príjem objednávok aj na  
www.slais.sk vyplnením  
formulára

Podpis.....

## Keby o ňom vedeli, hneď by ho chceli

### Prvých 11 dôvodov prečo mám používať softvér SLAIS

- nepotrebujem trvalé pripojenie i na internet
- nie som závislý od rýchlosti internetu
- program vykonáva okamžitú selekciu liekov a všetko je v jednom okne PC monitoru + dáva možnosť zaradenia
- ako jediný analyzuje niekoľko kritérií súčasne (napr. účinná látka+ATC+úhrada)
- vidím interakcie účinnej látky v lieku s ďalšími účinnými látkami
- vidím ceny liekov v lekárni, úhrady ZP, doplatky pacienta/ZZ + dáva možnosť zaradenia podľa max/min hodnoty
- vidím všetky formy úhrad (I,S,N, A,V,.)
- vidím preskripciu, podmienky úhrad z VZP
- vidím všetky formy výdaje (Rp, Rx, VP...)
- vidím ceny liekov v lekárnach v ČR
- softvér sa ďalej dynamicky rozvíja, údaje aktualizuje 1/4-ročne, k nemu patrí aj príručka Manuál - lieky, registrované v SR