

Patofyziologie insomnie

Patofyziologie insomnie je komplexní a pro její objasnění bylo popsáno více modelů. Koncept „hyperarousalu“ vysvětluje insomnii jako stav hyperaktivity mozkového kortexu, který brání navození spánku (6). Kognitivní model vysvětluje nespavost pomocí dysfunkčního myšlení s přehnanými obavami spojenými se spánkem (7). Behaviorální mechanismus objasňuje 3-P model, kterým může dojít ke chronifikaci akutní nespavosti. Jde o kombinaci tří „faktorů P“. Predisponující faktor je charakterizován určitým sklonem k rozvoji nespavosti. Takto predisponovaná osoba se může dostat do náhlé stresové situace s tzv. precipitujícími faktory a následným vznikem akutní nespavosti. Při nedostatečném zpracování akutní stresové situace se mohou objevit maladaptivní mechanismy, tzv. udržující faktory, které navozují chronickou nespavost (8). Neurobiologický model vychází z předpokladu, že v určitých částech mozku dochází během spánku k přetrvávání hladiny aktivace obdobně jako při bdělém stavu (9). Etiopatogeneze nespavosti je však stále předmětem diskuze (10).

Charakteristika insomnie

Mezinárodní klasifikace poruch spánku a bdění (International classification of sleep disorders, 3rd edition – ICSD-3) dělí nespavost na akutní a chronickou (trvání obtíží nejméně 3 měsíce, minimálně 3x týdně) (11). Základní projevy nespavosti jsou potíže s iniciací, udržením kvalitního spánku a nezotavující spánek s neefektivní regenerací (12). Příznaky nespavosti se v dospělé populaci pohybují v rozmezí 35–50 %. Samotná chronická insomnie má odhadovanou prevalenci 5–15 % (13). Nespavost se vyskytuje ve větší míře u žen a také je častější u starší populace (14). Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition – DSM-5) uvádí, že insomnie jako samostatná nozologická jednotka se může rozvinout buď izolovaně, či sekundárně – komorbidně. Sekundární insomnie se rozvíjí v přítomnosti duševní poruchy, somatického onemocnění, jiné poruchy spánku, nebo na základě užívané medikace (15). Typickými komorbiditami spojenými s nespavostí jsou právě psychické poruchy. Odhaduje se, že 40 % všech pacientů s nespavostí trpí souběžně i psychickým onemocněním (16). Nespavost je také běžným příznakem depresivních a úzkostných

poruch (17). Poruchy spánku u některých neurologických onemocnění (např. roztroušená skleróza, epilepsie, traumatické poranění mozku, neurodegenerativní poruchy aj.) postihují až 90 % pacientů (18). Insomnie je zároveň častým průvodním jevem chronických bolestí (19). Zhoršená kvalita spánku byla dokumentována i u 46 % těhotných žen (20). Další příčinou sekundární insomnie může být emoční trauma, nykturické potíže, chronický kašel, kožní pruritus, zažívací potíže a další. U pracovníků v nočním směnném provozu vznikají poruchy spánku v důsledku narušení cirkadiálního rytmu (21). Prevalence insomnie je studována i u vybraných profesí, včetně lékařských odborností. Z výzkumu autorského kolektivu Mezian et al. vyplývá, že až 64 % rehabilitačních lékařů trpí poruchou spánku (22). Několik studií se zabývalo poruchou spánku u jedinců s abúzem různých druhů látek (např. alkohol či drogy), které bylo spojováno se subjektivní nespavostí a objektivní poruchou kontinuity spánku (23). Poruchy spánku může potencovat i užívaná medikace, např. antidepresiva (24).

Nové klasifikační systémy ICSD-3 a DSM-5 již upustily od klasického dělení insomnie na primární a sekundární.

Diagnostika insomnie

Diagnostika nespavosti se opírá o anamnézu s důrazem na její spánkové aspekty. Spánková anamnéza může být dokumentována spánkovým deníkem a doplněna dotazníky (25). Z používaných dotazníků se pro subjektivní hodnocení kvality spánku využívají např. Pittsburský index kvality spánku, Epworthská škála spavosti, Index závažnosti insomnie, Index spánkové hygieny. V neposlední řadě může k diagnostice přispět osobní anamnéza včetně farmakologické, rodinné, somatické a psychiatrické, a pochopení pacientova psychosociálního prostředí a kontextu aktuální životní situace. K objektivnímu hodnocení se používá např. aktigrafie, či polysomnografie (indikovaná ve speciálních případech, při podezření na komorbidní, obtížně diagnostikovatelnou poruchu spánku) (26). Mezi nové aplikace monitorace spánku patří i tzv. chytré hodinky a náramky. Typicky používají akcelerometr (pohybový senzor), který poskytuje informace o délce usínání a spánku, s počtem nočních probuzení spolu s přehledem délky trvání jednotlivých stadií spánku. Některá

zařízení rovněž měří dechovou a tepovou frekvenci a tělesnou teplotu. Avšak platí, že současné komerčně dostupné monitory umožňují pouze omezené sledování spánku a poskytují heterogenní data v závislosti na konkrétním přístroji.

Terapie insomnie

V terapii nespavosti se uplatňují farmakologické a nefarmakologické přístupy. Insomnie vyžaduje správnou diagnostiku, stanovení terapeutického plánu a komplexní hodnocení. Farmakoterapie může být indikována u akutní insomnie nebo je-li neúspěšná nefarmakologická léčba (27). Účinná a bezpečná v léčbě krátkodobé nespavosti (4 týdny) jsou hypnotika třetí generace, tzv. Z hypnotika pro jejich menší návykový potenciál a méně nežádoucích účinků (jako např. malé riziko rebound fenoménu) ve srovnání s benzodiazepiny. Ty jsou spojeny s rozvojem tolerance a rizikem závislosti. Další možností je použití antidepresiv se sedativním působením s dobrou účinností u pacientů s insomnií a depresí, nebo melatonin, hormon produkován epifýzou regulující chronobiologické rytmy, indikován u starších pacientů. U chronické insomnie má být použito farmakoterapie časově ohraničeno na několik týdnů (2–4 týdny) nebo na intermitentní podávání (4–5 dní v týdnu) (28). U pacientů refrakterních na běžně dostupnou léčbu je vhodné vyšetření na specializovaném pracovišti např. na oddělení spánkové medicíny. V souvislosti s pandemií covidu-19 v roce 2020 však 43,5 % těchto pracovišť v České republice a na Slovensku zcela přerušilo provoz a péče o tyto pacienty zůstala na lékařích prvního kontaktu (29).

Přístupy nefarmakologické terapie

Podle ESRS jsou jako metoda první volby v léčbě nespavosti u dospělých doporučovány přístupy kognitivně behaviorální terapie (KBT), které zahrnují komplexní psychoedukativní přístup (30). Z dostupných nástrojů se využívá relaxačních technik, kontroly stimulů, restrikce spánku, psychoterapie a dodržování zásad spánkové hygieny. Nefarmakologický komplexní přístup, jako je např. KBT, prokázal zlepšení kvality spánku a vybraných zdravotních parametrů populace (31). Podle doporučení AASM jsou u dospělých s chronickou nespavostí nefarmakologické přístupy metodou první volby. Krátkodobá medi-