

minimálně tři měsíce a výskytu nejméně třikrát týdně, při kratším trvání se jedná o akutní nespavost (angl. short term insomnia disorder, acute insomnia). Chronická nespavost je rizikovým faktorem pro rozvoj psychiatrických onemocnění (hlavně poruch nálady), je s ní spjata vyšší riziko relapsů deprese a alkoholismu. Pacienti s insomnií mají vyšší riziko rozvoje kardiovaskulárních onemocnění. Insomnie s krátkou dobou spánku (short-term insomnia) je rizikovým faktorem pro rozvoj hypertenze. Nespavost doprovází ostatní komorbidní onemocnění, další poruchy spánku a psychiatrická onemocnění – viz tabulka 1 (1–3). Nespavost může působit či potencovat i užívaná medikace – viz tabulka 2.

Zkušenost s akutní nespavostí zažil každý člověk. Ta, jako občasné onemocnění, postihuje 30–50 % populace, prevalence chronické nespavosti je minimálně 5–10 % (4–6). Do chronicity přechází až 80 % pacientů s akutní nespavostí (7). Hlavní nárůst nespavosti je zaznamenáván od středního věku, s častějším výskytem mezi ženským pohlavím, u populace 65+ udává příznaky nespavosti až 65 % jedinců (4, 8–10). Příčiny vzniku nespavosti souvisí hlavně se zrychlujícím se životním tempem – nejčastější příčinou vzniku je stres, nedodržování spánkové hygieny, hlavně nepravidelný režim spánku a bdění. Nárůst nespavosti souvisí i se zvyšujícím se průměrným věkem populace (2).

Zdravý člověk by měl usínat s maximální latencí 30 minut. Přes stadia NREM spánku (N1 a N2) dochází k prohlubování do stadia N3 (hluboký, delta spánek), který hraje důležitou roli při regeneraci organismu. Spánkový cyklus je ukončen REM spánkem. Jeden cyklus trvá průměrně 90 minut, za noc se opakuje 4–5x podle délky trvání spánku. V první části spánku je zastoupen hlavně hluboký spánek (stadium N3), v druhé části naopak převládá stadium N2 a REM spánek. Nejvyšší procentuální zastoupení má stadium N2 (40–45 %), následuje N3 (20–25 %), REM spánek (20–25 %) a stadium N1 s bdělostí (méně než 5 %). Délka spánku se udává v širokém rozmezí 4–9 hodin. Průměrná délka spánku v zemích vyspělého světa je mezi 7 a 8 hodinami. Optimální doba spánku je individuální, měli bychom se při probuzení cítit vyspalí a odpočatí a tento pocit by v nás, při přiměřeném zatížení, měl přetrvávat do večerních hodin. U pacientů s nespavostí je popisován nárůst bdělosti, stadia N1 a úbytek stadia N3. Efektivita spánku je snížena

**Tab. 1.** Komorbidní onemocnění spojená s insomnií (podle (2))

kardiální onemocnění (srdeční selhání, noční ischemické bolesti, arytmie a další)
chronické onemocnění plic a dýchacích cest (noční astma, CHOPN, kašel)
neurologická onemocnění (extrapyramidová onemocnění, polyneuropatie, epilepsie atd.)
maligní onemocnění a chronické infekce
psychiatrická onemocnění (deprese, úzkostné stavy, posttraumatická stresová porucha, závislost na návykových látkách)
chronické onemocnění trávicí soustavy
endokrinní onemocnění
alergie

**Tab. 2.** Nejdůležitější chemické látky s negativním dopadem na kvalitu spánku (podle (2))

hypnotika (zejména rebound-insomnie u benzodiazepinů a barbiturátů)
antidepresiva (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
stimulancia (metylfenidát)
alkohol

(1). Základní metodou ke stanovení diagnózy nespavosti je podrobná spánková anamnéza. Polysomnografické vyšetření má roli hlavně v diferenciální diagnostice (syndrom neklidných nohou – RLS, periodické pohyby končetinami ve spánku, spánková apnoe atd.).

Do konce 19. století byly možnosti ovlivnění nespavosti omezené – byliny, opioidy, bromové soli, alkohol. Spánková medicína profitovala na rozvoji farmakologie v první polovině 20. století objevením hypnotických účinků barbiturátů a v 60. letech benzodiazepinů (BZD). Prvním BZD hypnotikem schváleným FDA (Food and Drug Administration) byl flurazepam. Dalším přelomovým momentem bylo uvedení zolpidemu na trh v roce 1992. V novém tisíciletí byl v roce 2005 představen první agonista melatoninu (ramelteon). Zúročením jednoho z největších objevů spánkové medicíny (role orexinu v řízení spánku a bdění) bylo schválení antagonisty orexinových receptorů suvorexantu pro léčbu nespavosti FDA.

Spotřeba hypnotik v důsledku měnícího se životního stylu prudce narůstá. Od 90. let se těší v USA velké oblibě trazodon, který vystřídal do té doby převažující BZD. Na konci první dekády tohoto století (období 2009–2010) užívalo chronicky hypnotika 3,5 % populace, na prvním místě byl zolpidem, následoval trazodon, BZD, quetiapin a doxepin, přičemž v těchto počtech nejsou zahrnuty všechny látky používané v USA

jako léky na spaní (antidepresiva, antipsychotika, analgetika) (3). Užití minimálně 1 pilulky nebo léku na spaní během posledního měsíce v rámci průzkumu NHANES (The National Health and Nutrition Examination Survey), prováděného v letech 2005–2008, udalo cca 19 % respondentů (11). Přímé náklady na léčbu nespavosti jsou v USA vyčíslovány na \$12–16 miliard a nepřímé na \$75–100 miliard (8).

## Současný pohled na terapii nespavosti

V terapii insomnie je na prvním místě doporučována nefarmakologická léčba – psychoterapie. Nejlepší efekt dosahuje kognitivně behaviorální terapie (KBT). Teprve pokud tato terapie není účinná nebo se na ni pacient nehodí, je doporučována medikace (3). V podmínkách (nejen) evropského zdravotnictví lze však tento postup obtížně uplatňovat pro obtížnou dostupnost, ale i finanční náročnost psychoterapie. Proto převažuje hlavně terapie hypnotiky nebo dalšími preparáty navozujícími spánek, jejich nabídka je největší v USA. Poslední doporučení Americké spánkové akademie (American Academy of Sleep Medicine – AASM), z kterého nejvíce čerpají ostatní spánkové autority, redukovalo množství doporučených látek k léčbě insomnie. Metodicky vychází z analýzy provedených studií a kvality důkazů, zvažuje výhody i nevýhody medikace a též bere ohled na do-