

Poruchy spánku u seniorů a možnosti jejich léčby

MUDr. Eva Miletínová, M.Sc.^{1,2}, MUDr. Jitka Bušková, Ph.D.^{1,2}

¹Národní ústav duševního zdraví, Klecany

²3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Potíže se spánkem patří k častým zdravotním problémům seniorů. Ve věku nad 65 let se typicky setkáváme jednak s primárními poruchami spánku, ale také s poruchami spánku, které vznikají v důsledku komorbidních interních či psychiatrických onemocnění či v souvislosti s jejich léčbou. Cílem tohoto sdělení je popsat fyziologické změny spánku u seniorů, podat přehled nejčastějších poruch spánku a představit současné možnosti léčby.

Klíčová slova: poruchy spánku, senioři, komorbidity, léčba

Sleep disorders and their treatment in elderly

Sleep issues are common in older patients. In patients aged 65 years and above we generally treat both primary sleep disorders and sleep disturbances that are related to comorbid internal or psychiatric disorders or occur due to medication used. The aim of this paper is to describe physiological changes of sleep in elderly patients, outline the most common sleep disorders in this cohort along with current treatment options.

Key words: sleep disorders, elderly, comorbidities, treatment

Úvod

Poruchy spánku se objevují asi u 50 % osob ve věku nad 65 let a s věkem jejich počet dále narůstá (1). Kromě přesně vymezených primárních poruch spánku se na jejich vzniku v širším pohledu podílí vlastní proces stárnutí, reflektují celkový zdravotní stav seniora a jsou rovněž významně spojeny s psychosociálními faktory. Cílem tohoto sdělení je popsat fyziologické změny spánku v této věkové skupině, podat přehled nejčastějších primárních poruch spánku a poruch spánku, které se u seniorů objevují v důsledku jiných, převážně interních nebo psychiatrických onemocnění, nebo v souvislosti s užíváním medikací. Součástí příspěvku jsou praktické léčebné a diagnostické postupy využitelné v diferenciální diagnostice poruch spánku.

Fyziologické změny spánku u seniorů

24hodinový cyklus spánek–bdění je regulován interakcí cirkadiánního a homeostatického systému. Během denní doby převládá u člověka cirkadiánní tlak na bdění, který je v průběhu dne potlačován narůstající homeostatickou potřebou spánku odpovídající délce předchozí bdělosti. A naopak, konsolidovaný noční spánek je výsledkem cirkadiánního tlaku na spánek během subjektivní noci

a snižujícího se homeostatického tlaku úměrně délce spánku (2). V souvislosti s fyziologickými změnami působení těchto systémů během ontogeneze můžeme pozorovat u zdravých seniorů změny jednak v časování a trvání spánku a jednak ve kvalitě spánku (3).

Délka nočního spánku se ve stáří mírně zkracuje, fyziologicky se však začíná objevovat spánek v průběhu dne, což znamená, že celkové množství spánku za 24 hodin zůstává přibližně stejné (3). Ve vyšším věku obecně pozorujeme tendenci k dřívějšímu usínání a časnějšímu rannímu probouzení. S rostoucím věkem dochází k oslabení cirkadiánní regulace spánku, což dokazuje např. pokles sekrece melatoninu a kortizolu nebo pokles teplotní křivky ve stáří. Oslabení cirkadiánní regulace přispívá k horší kvalitě nočního spánku a ke snížení denní bdělosti. Při zdřimnutí v odpoledních či časných večerních hodinách se poté prodlužuje latence usnutí během uléhání ke spánku. Mění se i samotná struktura nočního spánku. Noční spánek je méně kvalitní, méně kontinuální, dochází k častějším probuzením během noci. Úměrně nárůstu bdělosti během noci klesá zastoupení hlubokého pomalovlnného spánku i REM spánku. Na mikrostrukturální úrovni jsou patrné morfologické změny spánkových vřetének a delta vln.

V klinické praxi je důležité seznámit pacienta, ev. pečující osobu s fyziolo-

gickými změnami spánku v seniorském věku a poučit ho, že nelze očekávat úpravu spánku za hranici těchto přirozených změn. Na druhou stranu nelze obtíže se spánkem v rámci péče o seniory bagatelizovat, neboť mohou být důsledkem primární poruchy spánku či sekundárním projevem jiných onemocnění, která mohou být již známá, ale také dosud nediodagnostikovaná. Cílená léčba poruch spánku může mít komplexní pozitivní vliv na zdravotní stav pacienta. Schéma na Obr. 1 shrnuje základní diferenciálně diagnostický algoritmus při poruchách spánku, který lze v běžné praxi dobře uplatnit. Tabulka 1 pak shrnuje fyziologické změny spánku vlivem stárnutí a hlavní klinické projevy primárních i sekundárních poruch spánku.

Primární poruchy spánku u seniorů

V tabulce 2 jsou uvedeny nejčastější primární poruchy spánku u seniorů spolu se základními screeningovými otázkami a nejčastěji používanými dotazníky. Adaptováno podle reference (4).

Chronická nespavost (insomnie)

Chronická nespavost je definována jako porucha iniciace spánku, trvání spánku a/nebo časným ranním probouzením, navzdory vhodnému prostře-

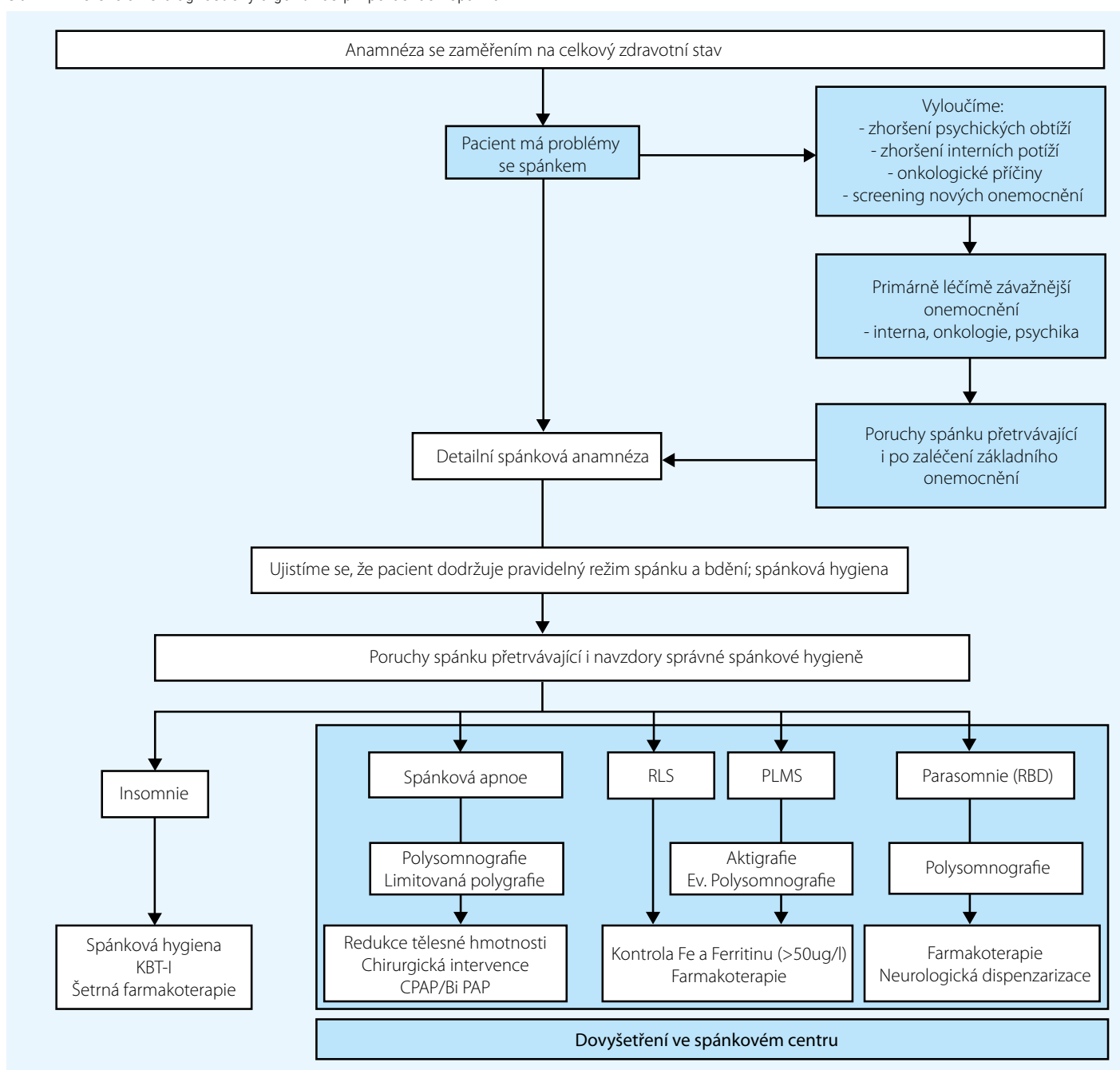
dí ke spánku (5). Prevalence insomnie u pacientů nad 65 let je asi 15–35 % (6). Častou příčinou je hyperarousal (celkové nabuzení organismu) spojený s psychologickými faktory a/nebo naučeným chováním (7). Chronická nespavost se ale může rovněž rozvinout v souvislosti s řadou interních a psychiatrických onemocnění (7). Screeningové otázky a dotazníky lze nalézt v tabulce 2. Základním předpokladem úspěšné léčby je dodržování pravidel spánkové hygieny, kdy je potřeba zdůraznit především význam pravidelného režimu spánku a dostatek pohybu na přirozeném světle, a to pře-

devším v ranních a dopoledních hodinách. Pokud zvažujeme zahájení léčby insomnie, je za metodu první volby i v této věkové skupině považována kognitivně behaviorální terapie zaměřená na nespavost (KBT-I), případně s adaptací pro léčbu pacientů s kognitivním deficitem. Nabízí se i řada farmakologických postupů, které ale u seniorů nejsou vždy vhodnou volbou vzhledem k polypragmazi. Většinou je nutno volit nižší dávkování a kratší celkový čas podávání. Terapeutické možnosti v léčbě insomnie shrnuje tabulka 3.

Syndrom neklidných nohou a periodické pohyby končetinami ve spánku (RLS/PLMS)

Syndrom neklidných nohou (RLS) se v obecné populaci vyskytuje s prevalencí 5–15 % a s věkem narůstá; ve věku nad 80 let se týká asi 20 % pacientů (8). Jedná se o onemocnění sensorické části nervového systému. Vyskytuje se často familiárně a vyznačuje se nutkavou potřebou pohybovat dolními (vzácněji i horními) končetinami, která bývá spojena s paresteziemi/dysesteziemi (pálení, brnění, mravenčení, svírání, bolest).

Obr. 1. Diferenciálně-diagnostický algoritmus při poruchách spánku



Tab. 1. Fyziologické změny spánku ve stáří a symptomy poruch spánku podle základního onemocnění

	Usínání	Průběh noci	Ranní probouzení	Denní fungování
Fyziologické změny	Dřívější	Vyšší míra fragmentace spánku, kratší celková délka spánku	Časnější	Vyšší denní únava/spavost, krátké denní spánky
Nejčastější onemocnění				
Insomnie	Často prolongované	Fragmentace spánku, častá noční probouzení, obtížné znovu usínání, krátké trvání spánku	Může být časně (4:00 i dříve)	Únava/denní spavost, klíbnání během dne
RBD	Může být zcela v normě	Sny mají obvykle značně negativní náboj. Chování spícího odráží snový obsah (např. při snu o napadení bojovně pohybuje rukama)	Může přetrvat pocit nevyspání a únavy	Může být nadměrná denní únava
RLS/PLMS	Prolongované při RLS	Fragmentace spánku důsledkem PLMS, která často převažuje v první polovině noci	V normě nebo pocit neosvěžení	Může přetrvávat denní únava/spavost
OSA	Okamžité	Fragmentace spánku při respiračních událostech, ronchopatie, opakovaná probouzení, někdy s pocitem dušnosti, nykturie, sucho v ústech	Pocit neosvěžení, únava/spavost	Únava a spavost během dne Krátké osvěživé denní spánky
Psychická onemocnění	Často prolongované, ruminace	Fragmentace spánku, častá noční probouzení, obtížné znovu usínání, krátké/dlouhé trvání spánku, obavy, ruminace	Časné ranní probouzení při úzkostech/depresi nebo prolongované vstávání při depresi	Únava zejména během dopoledních hodin při depresi
Delirium	Nepravidelný režim spánku a bdění	Fragmentace spánku	Usínání nad ránem	Spánek během dne vs. aktivita večer a v noci
Interní onemocnění	Podle typu onemocnění – fragmentace spánku je často důsledkem symptomů interních onemocnění – noční poty, akcentace chronických bolestí, noční hypoglykemie, GER, tachykardie, arytmie, nutno myslet na poruchy funkce štítné žlázy aj. Nežádoucí účinky léků.			

RLS: syndrom neklidných nohou; PLMS: periodické pohyby končetinami ve spánku; RBD: porucha chování v REM spánku; OSA: obstrukční spánková apnoe; GER: gastroezophageální reflux

Tab. 2. Screening poruch spánku

Onemocnění	Screeningové otázky	Screeningové dotazníky
Insomnie	Míváte potíže s usínáním? Je váš spánek příliš krátký? Budíte se často? Probouzíte se ráno předčasně?	Index tíže nespavosti (ISI), Pittsburghský index kvality spánku (PSQI)
RBD	Bylo vám někdy řečeno nebo jste se domníval, že předvádíte ve spánku své sny (rozdáváte rány, máváte rukama nebo pohybujete nohama jako při běhu apod.)?	Screeningový dotazník RBD (RBD-SQ)
RLS/PLMS	Míváte někdy při ulehnutí na lůžko nebo v klidových situacích během večera nepříjemné pocity v nohou (pálení, brnění, mravenčení apod.), které vás nutí k pohybu a odezní, pokud nohama pohybujete?	Screeningový dotazník tíže RLS (IRLSS)
OSA	Chrápete hlasitě nebo explozivně? Říká vám okolí, že chrápete?	Screeningový dotazník tíže apnoe (STOP-BANG) Epworthská škála spavosti (ESS)

Legenda: RLS: syndrom neklidných nohou; PLMS: periodické pohyby končetinami ve spánku; RBD: porucha chování v REM spánku; OSA: obstrukční spánková apnoe

Pohybem končetin jsou tyto nepříjemné vjemy částečně utlumeny (8). Obtíže se typicky zhoršují v klidových situacích, především během večera a v době uléhání ke spánku (RLS má zřejmou cirkadiánní komponentu). Diagnóza RLS je do značné míry anamnestická, proto může být u pacientů s kognitivním deficitem svízelné ji stanovit (7). K upřesnění diagnózy může sloužit aktigrafické nebo video-polysomnografické vyšetření, která mohou odhalit současný výskyt periodických pohybů končetinami ve spánku (PLMS) (7). Pacienti s RLS/PLMS si stěžují na poruchu usínání, opakovaná noční probouzení, neosvěživý noční spánek nebo denní únavu/spavost. Protože u RLS/PLMS byla prokázána souvislost s hladinami železa a feritinu v periferní krvi, je vhodné v tomto případě doplnit krevní odběry a případně suplemento-

vat železo k dosažení cílových hodnot ferritinu > 50 µg/l (9). Samozřejmostí nicméně je v první řadě pátrat po příčinách ztrát železa (například krevní ztráty močí či stolicí). Léčebné možnosti jsou shrnuty v tabulce 4.

Porucha chování v REM spánku

Porucha chování v REM spánku (REM sleep behaviour disorder – RBD) patří mezi parasomnie vázané na REM spánek a objevuje se u asi 0,4–0,5 % populace, převážně se jedná o starší muže (10). Nemocný v noci předvádí chování, které odpovídá právě probíhajícímu snu; tyto sny jsou často negativně laděny (7). Pacient ve snu prožívá nepříjemné a ohrožující situace (napadení osobou nebo zvířetem, aj.), klinické projevy proto často zahrnují kopání,

úderů pěstmi nebo křik ze spánku (7). Pokud jsou pacienti z takového snu probuzeni, většinou si ho přesně pamatují a jsou si vědomi toho, že jejich chování odráží snový obsah (7). Ačkoliv sama anamnéza stačí k podezření na RBD, k diagnostické jistotě slouží průkaz poruchy atonie v REM spánku pomocí video-polysomnografie (porušená atonie se projeví zvýšením svalového napětí v EMG mm. submentales a/nebo mm. flexores digitorum superficiales během REM spánku a/nebo prudkými pohyby či vokalizacemi v REM spánku jako doprovodného chování ke snu). Video-polysomnografie současně slouží k vyloučení stavů napodobujících RBD, například ventilační poruchy a dalších (7). RBD je v současné době považováno za prodromální stádium Parkinsonovy nemoci, ev. jiného neurodegenerativ-

Tab. 3. Terapie nespavosti u seniorů

Nefarmakologické postupy			
Spánková hygiena	Pravidelný režim spánku a bdění, dostatek pohybu na přirozeném světle, vhodné prostředí ke spánku: klidná, chladná, temná místnost (TV do ložnice nepatří, není vhodné ani čtení na lůžku); pravidelné stravování, vyvarovat se kofeinu, nikotinu a alkoholu, omezit příjem tekutin na noc		
KBT-I	Skupinová, ev. individuální terapie Kontrola stimulů, kognitivně behaviorální techniky, fototerapie		
Farmakologické postupy:			
		Název	Dávka (mg)
1. Farmakoterapie dostupná v ČR			
Non-benzodiazepinové preparáty	Krátkodobé podávání	Zolpidem Zopiclon	5–10 7,5–10
Antipsychotika		Quetiapin Melperon Levomepromazin Aj.	Nízké dávky
Sedativní antidepresiva		SSRI Trazodon Mirtazapin Mianserin Aj.	Nízké dávky
Melatonin		Melatonin	2–4mg
2. Farmakoterapie, která zatím není dostupná v ČR			
Benzodiazepiny	Krátkodobé podávání	Triazolam Estazolam Brotizolam	0,125–0,25 0,5–1 0,25
Agonisté receptorů melatoninu		Remelteon	8
Antagonisté receptorů pro orexin		Suvorexant	15

Legenda: KBT-I: kognitivně behaviorální terapie nespavosti

niho onemocnění (demence s Lewyho tělísky, multisystémová atrofie). Bylo zjištěno, že u přibližně 50 % pacientů s idiopatickou RBD se během 10 let objeví příznaky Parkinsonovy nemoci a až u 90 % pacientů s touto diagnózou se Parkinsonova nemoc rozvine někdy v budoucnu (11). Je tedy nanejvýš důležité symptomy RBD u seniorů aktivně vyhledávat, a pokud jsou zjištěny, pátrat po dalších známkách počínajícího neurodegenerativního procesu a zajistit navazující neurologickou péči (12).

Léčebný přístup v případě RBD zahrnuje bezpečnostní opatření i farmakologické postupy, které jsou shrnuty v tabulce 4. Z farmak je nejčastěji podáván klonazepam (7), který je většinou velmi efektivní, avšak může mít řadu nežádoucích účinků včetně nevolnosti nebo přetrvávající spavosti/útlumu během následujícího dne. Další možností je podávání melatoninu, jehož pozitivní efekt byl pro RBD prokázán v dávkách 3–12 mg, nicméně nelze vyloučit souvislost jeho užívání se zvýšeným rizikem pádů (13). V této oblasti nyní probíhá intenzivní výzkum s cílem najít vhodnou terapii s nadějí preventivního dopadu na možný budoucí rozvoj neurodegenerativních onemocnění ve starší populaci.

Poruchy dýchání ve spánku

Poruchy dýchání ve spánku patří mezi časté poruchy spánku. Spánková apnoe se dělí podle vyvolávající příčiny na obstrukční a centrální. Při centrální spánkové apnoe dochází k útlumu dechového centra vlivem hypokapnie, typicky u kardiaků (14). Mnohem častěji se však vyskytuje obstrukční spánková apnoe (OSA), jejíž celoživotní prevalence se v dospělém věku uvádí až 21 % u mužů a 9 % u žen; v geriatrické populaci se prevalence pohybuje kolem 25 % (15). Jejím mechanismem je přechodný uzávěr horních cest dýchacích, který vyvolá snížení nebo přerušování dechového úsilí. Nárůst onemocnění ve vyšším věku je přičítán mimo jiné celkovému poklesu svalového tonu a zvýšené tendenci ke kolapsu v horních cestách dýchacích. OSA nejčastěji vzniká na podkladě obezity (uzávěrem horních cest dýchacích tíhou zbytnělých měkkých tkání). Méně často je příčinou abnormita kostěných struktur. K uzávěru dýchacích cest může docházet na úrovni měkkého patra, kořene jazyka nebo může být víceúrovňový. Pokud není obstrukční spánková apnoe léčena, může vést k rozvoji či zhoršení kardiovaskulárních onemocnění, metabolického syndromu nebo demence.

U žen se spánková apnoe objevuje častěji až po klimakteriu. Léčba by měla být vždy doprovázena poučením o zdravém životním stylu, redukcí tělesné hmotnosti apod. Kvantifikace počtu zástav dechu za 1 hodinu spánku (tzv. AHI – Apnoe/Hypopnoe Index) pomocí objektivních metod (video-polysomnografie, limitovaná polygrafie) je nutný údaj k naplánování další léčby, tj. chirurgické zprůchodnění horních cest dýchacích nebo léčba kontinuálním přetlakem v dýchacích cestách (CPAP/BiPAP). Chirurgická intervence je u seniorů obecně méně doporučovaná vzhledem k možným komplikacím spojených s vlastním chirurgickým výkonem (16). U seniorů lze rovněž očekávat horší toleranci léčby CPAP. Ačkoliv panuje rozsáhlá debata o používání zubních protéz během spánku a jejich vlivu na tíži OSA, jejich pozitivní vliv nebyl doposud jednoznačně prokázán (17). Podrobněji v tabulce 2 a 4.

Poruchy spánku sekundární k jiným onemocněním

Psychické poruchy u seniorů

Úzký vztah mezi psychickým stavem a kvalitou spánku je obecně znám a u seniorů je dlouhodobě před-

Tab. 4. Terapie dalších poruch spánku u seniorů

Onemocnění	Nefarmakologické postupy	Farmakologické postupy
RBD	Poučení o bezpečnosti – odstranit z okolí lůžka ostré a nebezpečné předměty, edukace spolunocležníka	Klonazepam 0,5–2 mg Melatonin 3–12 mg
RLS/PLMS	Edukace o povaze onemocnění	Suplementace Fe + vit. C podle hodnot ferritinu Agonisté dopaminu – pramipexol 0,09–0,39 mg, ropinirol 2 mg aj., alpha2 beta ligandy – pregabalin od 50 mg
OSA	Režimová opatření – redukce tělesné hmotnosti; nespát na zádech při polohově vázané OSA Chirurgická intervence z ORL indikace Léčba kontinuálním přetlakem v dýchacích cestách (CPAP/BiPAP)	Nejsou aktuálně ověřeny
Psychická onemocnění	Režimová opatření – dostatek fyzické aktivity, pobyt venku na denním světle, tělesná aktivita Techniky kognitivně behaviorální terapie nespavosti s cílem zlepšit kvalitu nočního spánku	Léčba základního onemocnění, ev. současně terapie zaměřená na insomnii
Delirium	Režimová opatření – pravidelný režim spánku a bdění, dostatečná hydratace, pravidelné stravování, fototerapie	Melperon v nízkých dávkách Melatonin 2–4 mg
Interní onemocnění	Režimová opatření ve vztahu k základnímu internímu onemocnění, obecně redukce tělesné hmotnosti, dostatek pohybu, omezení konzumace stimulantů odpoledne a během večera apod. KBT-I pro komorbidní nespavost	Léčba základního onemocnění, ev. současně terapie zaměřená na insomnii

Legenda: KBT-I: kognitivně behaviorální terapie nespavosti. RLS: syndrom neklidných nohou; PLMS: periodické pohyby končetinami ve spánku; RBD: porucha chování v REM spánku; OSA: obstrukční spánková apnoe; CPAP: kontinuální přetlak v dýchacích cestách; BiPAP: dvou-úrovňový přetlak v dýchacích cestách; Fe: železo; ORL: otorinolaringologie

mětem výzkumu. Recentní studie potvrdily obousměrný vztah mezi depresí a poruchami spánku v této věkové skupině (18). Deprese se může projevit zhoršením kvality nočního spánku a nadměrnou denní únavou/spavostí, a naopak zhoršená kvalita nočního spánku může negativně ovlivnit psychický stav, ev. vést přímo k poruše nálady. Úzkostné poruchy mohou zvyšovat hyperarousal a tím přispívat ke zhoršení či k rozvoji insomnie (14). Stejně tak lze pozorovat projevy insomnie u pacientů s posttraumatickou stresovou poruchou či panickou poruchou (19). Panické ataky během noci mohou imitovat některé primární poruchy spánku, lze je např. zaměnit s dušností způsobenou zástavou dechu při spánkové apnoe, s parasomnickou epizodou či s nočním epileptickým záchvatem.

Je rovněž potřeba zdůraznit, že u seniorů, u nichž trvají psychické obtíže dlouhodobě (včetně psychotických chorob nebo demenci) (19) se může insomnie rozvinout v důsledku ztráty přirozeně vytvořených kognitivně-behaviorálních mechanismů zvládnání některých situací, jako je odchod do důchodu, úmrtí partnera nebo partnerky, úpadek společenského života a jiné (14). Navíc s přirozeným zhoršením kognitivních funkcí ve vyšším věku může dojít k prominenci úzkostných automatických a viřivých

myšlenek, ruminací, které již pacienti nejsou schopni vlastními silami zastavit (14). Podrobněji o metodách léčby poruch spánku ve vztahu k psychickým poruchám v tabulce 4.

Poruchy spánku a cirkadiálního rytmu jsou rovněž častou komplikací demencí a mohou provázet delirantní stavy. Typicky dochází ke zhoršení kvality nočního spánku, tj. zkracování doby spánku až na méně než 4 hod., k opakovaným dlouhým úsekům bdění v průběhu noci a často i k předčasnému rannímu probouzení. Pokročilá demence může být provázena až inverzí spánkového rytmu, s přesunem spánku do denní doby, kdy spánek může trvat po většinu dne, může být spojena s večerní zmateností (sundowning) a s nekontrolovaným nočním přecházením (nocturnal wandering), kdy pacient budí a ruší ze spánku i své okolí. Důležitým předpokladem zkvalitnění nočního spánku je opět dodržování pravidel spánkové hygieny a pravidelný režim spánku a bdění. Recentní studie dokládají, že podávání melatoninu v malých dávkách 0,5–5 mg spolu s fototerapií (ideálně s intenzitou osvětlení 10 000 Lx), jsou vhodným stimulantem cirkadiálního pacemakeru u seniorů (20).

Chronická somatická onemocnění

Pro seniorský věk je typická vyšší frekvence výskytu somatických one-

mocnění, která mohou negativně ovlivnit jejich spánek, nejčastěji ve smyslu zhoršené kvality (zvýšená fragmentace) nočního spánku. Zmíněny budou jen některé kategorie chorob, neboť kompletní výčet dalece přesahuje možnosti tohoto textu.

Chronické bolesti (např. revmatoidní artritida, vertebrogenní obtíže aj.) mohou oddalovat usínání nebo být příčinou opakovaných nočních probouzení, a mohou tak zásadně narušovat kvalitu nočního spánku. Další příčinou nekvalitního nočního spánku může být skutečnost, že pacient s chronickou bolestí tráví na lůžku většinu dne a nemusí se ubránit spánku, což rovněž interferuje s kvalitním nočním spánkem. Z opačného pohledu může nespavost přispívat ke zhoršení vnímání bolesti (14).

Nádorová onemocnění jsou často provázena celkovým zhoršením psychického stavu, ev. poruchou nálady, tedy i s rozvojem příznaků insomnie, které nemusí trvat jen po dobu diagnostiky a léčby, ale mohou přetrvávat i v období remise (14). Kardiovaskulární onemocnění včetně arteriální hypertenze mají významný vztah ke spánkové apnoe (14). Nejen spánková apnoe, ale chronické poruchy spánku obecně, jsou spojeny s vyšším rizikem srdečního infarktu u mužů (14). Stejně tak lze pozorovat poruchy spánku u chronického postižení plic, kdy například noční astmatické záchvaty vedou k probouze-

Tab. 5. Obecná doporučení při poruchách spánku

Obecná doporučení v léčbě poruch spánku u seniorů
Zhoršení kvality spánku do určité míry souvisí s věkem.
Poruchy spánku u seniorů se mohou objevovat jako primární i sekundárně k jinému základnímu onemocnění, které je třeba léčit prioritně.
Na prvním místě jsou vždy nefarmakologické postupy.
U farmakoterapie volíme nižší dávkování s ohledem na rizika polypragmzie a zejména pádů. Zvažujeme lékové interakce.

ním. Rovněž nemocní s diabetem II. typu často trpí přerušovaným nočním spánkem vlivem řady faktorů, především v důsledku obezity (14). Nykturie např. při benigní hyperplazii prostaty, může vést k vyšší fragmentaci nočního spánku a podporovat rozvoj chronické insomnie (14).

Jakkoliv není výčet kompletní, je patrné, že poruchy spánku mohou doprovázet celou řadu interních onemocnění. Mohou ovlivňovat noční spánek, ale i denní aktivitu. Prvořadá je vždy léčba základního onemocnění, současně však může probíhat například kognitivně-behaviorální terapie insomnie. Podrobněji v tabulce 4.

Poruchy spánku v důsledku užívání medikace

Vzhledem k častému užívání volně prodejných léků a obecně k polypragmzii, se kterou se u seniorů běžně setkáváme, je třeba brát v úvahu možný vliv chronické medikace na kvalitu a trvání spánku.

Celá řada rutinně podávaných léků může vyvolávat denní ospalost, velmi často jsou to léky s anticholinergními a antihistaminergními účinky (14). K denní spavosti může přispívat například podávání antipsychotik, antiparkinsonik, opioidních analgetik, antiemetik, anihistaminik, spasmolytik a některých antiepileptik. Na druhé straně spektra stojí léky podporující bdělost, například venlafaxin, bupropion a většina inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), které mohou mít negativní vliv na spánek a podporovat projevy insomnie (14). Některé látky mohou navíc vyvolávat či zhoršovat primární poruchy spánku. Venlafaxin, SSRI a lithium mohou vést ke zhoršení příznaků RLS/PLMS nebo k jiné poruše pohybu ve spánku. Syndrom z odnětí budivých látek (kofein, nikotin, antihistaminika nebo benzodiazepiny) může zhoršovat projevy RLS. Betablokátoři mohou

suprimovat produkci melatoninu a tím zvyšovat fragmentaci nočního spánku, jejich nežádoucím účinkem ale mohou být rovněž noční můry (14). Tricyklická antidepresiva, inhibitory monoaminooxidázy, venlafaxin nebo například mirtazapin mohou zhoršovat parasomnické projevy, například RBD. Oxybutynin je častou příčinou nočních děsů (14).

Je zřejmé, že medikace a hlavně polypragmzie může negativně ovlivnit noční spánek. Při posuzování příčin poruch spánku je proto nutné brát v úvahu jednak možný vliv užívaných léků, včetně volně prodejných a jednak případné vysazení určitých léků.

Závěr

Spánek u seniorů je fyziologicky méně kvalitní, než je tomu v mladších věkových skupinách. Na zhoršené kvalitě spánku se navíc podílejí v tomto věku časté primární poruchy spánku, ale i sekundární poruchy na podkladě přidružených onemocnění či chronické medikace. Podrobný screening, diagnostika a léčba poruch spánku může vést ke zlepšení celkového zdravotního stavu a tím i kvality života seniora.

Tabulka 5 shrnuje stručně obecná doporučení v léčbě poruch spánku u seniorů.

Článek je dedikován grantu NPU – projekt LO1611.

Literatura

1. Yaremchuk K, Sleep Disorders in the Elderly. Clin Geriatr Med 2018; (34)2: 205–216.
2. Blazejova K, Nevsimalova S, Illnerova H, Hajek I, Sonka K. [Sleep disorders and the 24-hour profile of melatonin and cortisol]. Sb Lek 2000; (101)4: 347–351.
3. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: Developing normative sleep values across the human lifespan. Sleep 2004; (27)7: 1255–1273.
4. Wilson SJ, Nutt DJ, Alford C, et al. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders. J Psychopharmacol 2010; (24)11: 1577–1601.

5. American Association Of Sleep Medicine, International classification of sleep disorders—third edition (ICSD-3). AASM Resource Library. 2014.
6. Buysse DJ, Germain A, Moul DE, et al. 3rd, and Monk T.H., Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults. Arch Intern Med 2011; (171)10: 887–895.
7. Suzuki K, Miyamoto M, Hirata K. Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and management. J Gen Fam Med 2017; (18)2: 61–71.
8. Phillips B, Young T, Finn L, et al. Epidemiology of restless legs symptoms in adults. Arch Intern Med 2000; (160)14: 2137–2141.
9. Winkelmann J, Allen RP, Hogg B, et al. Treatment of restless legs syndrome: Evidence-based review and implications for clinical practice (Revised 2017)(section sign). Mov Disord 2018.
10. Trotti LM. REM sleep behaviour disorder in older individuals: epidemiology, pathophysiology and management. Drugs Aging 2010; (27)6: 457–470.
11. Howell MJ, Schenck CH. Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder and Neurodegenerative Disease. JAMA Neurol 2015; (72)6: 707–712.
12. Schenck CH, Boeve BF. The strong presence of REM sleep behavior disorder in PD: clinical and research implications. Neurology 2011; (77)11: 1030–1032.
13. Aurora RN, Zak RS, Maganti RK, et al. Standards of Practice C., and American Academy of Sleep M., Best practice guide for the treatment of REM sleep behavior disorder (RBD). J Clin Sleep Med 2010; (6)1: 85–95.
14. Kryger MH, Roth T, Dement WC. Principles and practice of sleep medicine. Sixth edition. ed. Elsevier, 2017: 1484–1495.
15. Barthlen GM, Sleep disorders. Obstructive sleep apnea syndrome, restless legs syndrome, and insomnia in geriatric patients. Geriatrics 2002; (57)11: 34–39.
16. Mazza M, Della Marca G, De Risio S, et al. Sleep disorders in the elderly. Clin Ter 2004; (155)9: 391–394.
17. Netzer NC, Ancoli-Israel S, Bliwise DL, et al. Principles of practice parameters for the treatment of sleep disordered breathing in the elderly and frail elderly: the consensus of the International Geriatric Sleep Medicine Task Force. European Respiratory Journal 2016; (48)4: 992–1018.
18. Bao YP, Han Y, Ma J, et al. Cooccurrence and bidirectional prediction of sleep disturbances and depression in older adults: Meta-analysis and systematic review. Neurosci Biobehav Rev 2017; (75): 257–273.
19. Brewster GS, Riegel B, Gehrman PR. Insomnia in the Older Adult. Sleep Med Clin 2018; (13)1: 13–19.
20. Chakraborti D, Tampi DJ, Tampi RR. Melatonin and melatonin agonist for delirium in the elderly patients. Am J Alzheimer Dis Other Dement 2015; (30)2: 119–129.

Článek je převzatý z: Psychiatr. praxi 2018; 19(3): 116–122

MUDr. Eva Miletinová

Národní ústav duševního zdraví, Klecany
Topolová 748, 250 67 Klecany
eva.miletinova@nudz.cz