



Hypnotic drugs in treating insomnia

Insomnia is defined as a persistent difficulty with sleep initiation, duration, or quality despite adequate circumstances for good-quality sleep, thus affecting the quality of life, daily functioning, and even causing somatic symptoms. The International Classification of Sleep Disorders divides insomnia into chronic (for a minimum period of three months, for at least three times a week) and acute. Chronic insomnia affects at least 5–10% of the population. Nonpharmacological treatment – psychotherapy is recommended as first-line treatment for insomnia. The best effect is achieved with cognitive behavioural therapy. Only if this treatment is not effective or a patient is unsuitable, medication therapy is indicated. The latest American Academy of Sleep Medicine (AASM) guidelines have reduced the list of recommended hypnotic drugs: suvorexant (orexin receptor agonist), eszopiclone, zaleplon, zolpidem (benzodiazepine receptor agonists), triazolam, temazepam (benzodiazepines), ramelteon (melatonin agonist), and doxepin (antidepressant). The other agents (trazodone, tiagabine, melatonin, tryptophan, valerian, diphenhydramine) are not recommended by the AASM to be used in treating insomnia, possibly only in an off-label setting. According to a guideline issued by the European Sleep Research Society, benzodiazepines, benzodiazepine receptor agonists, and some antidepressants are suitable for treating short-term insomnia (≤ 4 weeks); however, these agents are not recommended for long-term treatment. Other hypnotic drugs (antihistamines, antipsychotics, melatonin) are not recommended for treating insomnia.

Key words: insomnia, hypnotic drugs, insomnia treatment.

Úvod

Nespavost je podle současné Mezinárodní klasifikace poruch spánku a bdění z roku 2014 (International classification of sleep disorders, 3rd edition – ICSD 3) definována jako přetrvávající potíže s iniciací, trváním (časté a/nebo časně probouzení) nebo kvalitou spánku při zachování podmínek ke kvalitnímu spánku, která ovlivňuje kvalitu života (sociální, ekonomické aktivity včetně zvýšené nehodovosti), denní fungování (únava, zhoršená nálada, podrážděnost, celková malátnost, kognitivní zhoršení) a působí i somatické příznaky (svalové napětí, palpitace, bolesti hlavy). Nespavost jako jednotka (chronická nespavost, angl. chronic insomnia disorder) je diagnostikována při trvání 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