

**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
endokrinologická 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

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 (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 – byly to opioidy, bromové soli, alkohol. Spánková medicína profitovala na rozvoji