



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 doporučení a preference pacientů (3) (tabulka 3). Doporučení Evropské společnosti pro výzkum spánku (ESRS) je méně podrobné. Jeho závěry jsou převážně v souladu s doporučením AASM. Věnuje se i terapii akutní nespavosti a zohledňuje stav, kdy některé látky, používané v USA, nejsou na evropském trhu dostupné (tabulka 4) (12).

V terapii hypnotiky se sleduje jejich účinnost především pomocí následujících ukazatelů – zkrácení latence usnutí, prodloužení trvání spánku (TST – total sleep time, celková doba spánku), zkrácení WASO (wake after sleep onset, doba, po kterou je pacient vzhůru po prvním usnutí), zkrácení počtu probuzení, tolerance (pokles efektu léčby při opakovaném podávání

Tab. 3. Látky pro léčbu chronické insomnie podle doporučení AASM (podle (3, 12))

Agonisté BZD receptorů	
■ Nebenzodiazepinová hypnotika	zolpidem, eszopiklon, zaleplon
■ Benzodiazepiny	triazolam, temazepam
Agonisté melatoninu	ramelteon
Antagonisté orexinových receptorů	suvorexant
Tricyklická antidepresiva	doxepin
AASM – Americká spánková akademie; BZD – benzodiazepin	