

prof. MUDr. Karel Šonka, DrSc.
a prof. MUDr. Soňa Nevšimalová, DrSc.

Kdo je opilý spánkem?

Ve spánkové laboratoři mají k dispozici přístroje, kterými se dívají lidem do hlavy. Doslova. S matematickou přesností zachytí čas, kdy se nemocnému něco zdálo. Co přesně? To nevědí, i když...? Prof. MUDr. Soňa Nevšimalová, DrSc. a prof. MUDr. Karel Šonka, DrSc. stojí v čele Centra pro poruchy spánku a bdění při Neurologické klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. A o spánku vědí hodně.

Lidé se dělí na sovy a skřivany. Do které skupiny byste se zařadili vy sami?

Karel Šonka: Já jsem sova, jsem schopen pracovat spíše večer. Jako studentovi mi bylo líto dalšího dne, kdy jsem dlouho spal. Teď už spím uměřeně, ale ráno mám stále pomalé rozjezdy.

Soňa Nevšimalová: Já jsem spíš skřivan, vždy jsem byla schopná ráno brzo vstát. Ale s léty se ten rozdíl stírá.

Já jsem taky začínal jako sova a dnes vstávám víceméně „normálně“. Kolik hodin má vlastně spát zdravý člověk?

K. Šonka: U nás na toto téma žádné studie neproběhly, ale obecně a z různých studií ve světě se soudí, že je to asi sedm až osm a půl hodiny.

Honoré de Balzac údajně skoro nepotřeboval spát, psal své romány výhradně v noci. O Napoleonovi se traduje, že spal jenom čtyři hodiny denně...

S. Nevšimalová: Je pravda, že Napoleon si rozkouskoval noc a spal jenom tři a půl hodiny, ale pak si to nahrazoval dvacetiminutovými denními spánky a spal třeba ještě čtyřikrát během dne. Takový režim stejně nemůžu doporučit. Jednou jsem se zúčastnila studie se spánkovou deprivací v Kanadě. Testovaní lidé spali naprosté minimum – po dobu deseti dnů dvě až

tři hodiny denně – a nakonec z nich byly úplně „mátohy“ trpící spánkovou opilostí. Nakonec pokus dokončily pouze ženy lékařů, kteří pokus iniciovali. Ostatní nevydrželi a ze studie museli být vyřazeni.

Zmínila jste termín spánková opilost. Co to znamená?

S. Nevšimalová: Když vás někdo vzbudí ve tři ráno z tvrdého spánku, jste chvíli dezorientovaný. To je celkem normální, protože to trvá pár vteřin. Ale lidé s hypersomnií, extrémní spavostí, mají spánkovou opilost třeba půl hodiny. Spánková opilost se tomu říká, protože to připomíná stav normální opilosti. Pacienti trpí špatnou rovnováhou, mají porušenou jemnou motoriku a nemohou se na nic soustředit.

K. Šonka: Teď tu třeba máme mladou pacientku, která by nejraději spala každý den do čtyř odpoledne. Když se ráno vzbudí, cestou na toaletu do všeho naráží a v koupelně je schopná si dát na zubní kartáček krém na holení svého partnera. Pro takové lidi je to velký handicap do života.

Poruchy spánku jsou poměrně „nová“ nemoc. Kdy se jimi vlastně začala medicína seriózně zabývat?

K. Šonka: Souvisí to s tím, jak se medicína začala zabývat méně akutními poruchami. Před sto lety byly hlavním zá-

jmem medicíny infekční choroby. Teď, když je medicína vyspělejší, se věnujeme ve větším detailu chronickým, život sice nezkracujícím, ale přitom jej ztěžujícím obtížím.

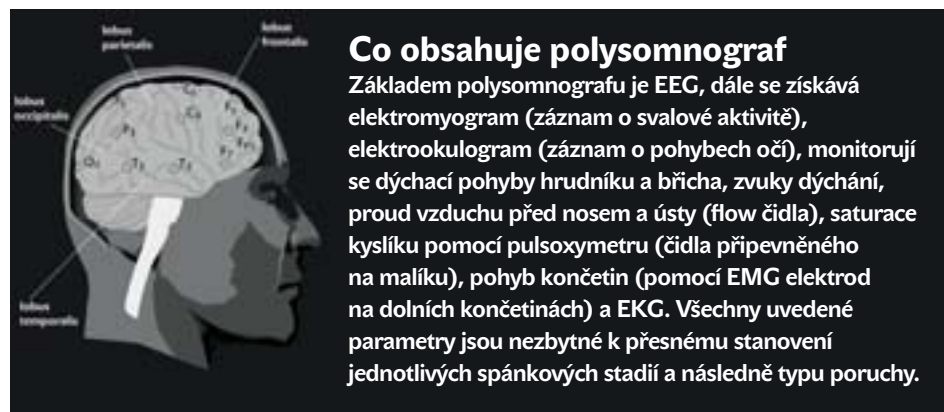
S. Nevšimalová: Poruchy spánku tady s námi pravděpodobně byly odjakživa. Jednu popsal například Charles Dickens v roce 1836, a proto se jí říká Pickwickovský syndrom podle postavy z jeho slavné knihy. Už v sedmáctém století byl popsán syndrom neklidných nohou. A jistě by se našly i starší zmínky. Důležité však je, že nejprve přišel rozvoj diagnostických metod a teprve poté se objevily první klasifikace spánku, což bylo v šedesátých letech dvacátého století.

Předpokládám, že nejčastější poruchou bude nespavost. Dříve nebo později ji zažije snad každý, ne?

K. Šonka: Přesně tak, nejčastější poruchou spánku je nespavost neboli insomnie, s ní se setká až třetina populace. Insomnií většinou zvládne vyléčit praktický lékař.

S. Nevšimalová: U nás se spíše zaměřujeme na diferenciální diagnostiku nespavosti, když existuje podezření, že je součástí jiného onemocnění. Kdybychom se věnovali všem pacientům trpícím nespavostí, na ostatní poruchy spánku by již kapacita našeho centra nestačila. Naopak

Míval jsem noční můru, že do našeho domu



Co obsahuje polysomnograf

Základem polysomnografu je EEG, dále se získává elektromyogram (záznam o svalové aktivitě), elektrookulogram (záznam o pohybech očí), monitorují se dýchací pohyby hrudníku a břicha, zvuky dýchání, proud vzduchu před nosem a ústy (flow čidla), saturace kyslíku pomocí pulsoxymetru (čidla připevněného na malíku), pohyb končetin (pomocí EMG elektrod na dolních končetinách) a EKG. Všechny uvedené parametry jsou nezbytné k přesnému stanovení jednotlivých spánkových stadií a následně typu poruchy.

tady máme velkou skupinu pacientů, kteří spí až příliš. Spavost – jak vychází z historických pramenů kliniky – byla doménou zakladatele české spánkové medicíny, docenta Rotha. Do této skupiny patří pacienti s narkolepsií, idiopatickou hypersomnií a v současné době také se spánkovou apnoí.

Všichni víme, jaké to je, když nám problémy nedají spát. To je asi celkem normální. Jak poznám, kdy už mám jít se svou nespavostí k lékaři?

K. Šonka: Normální to přestává být, když problém pominul a vy stále špatně spíte.

S. Nevšimalová: Také nezapomínejte, že insomnie je nemoc čistě subjektivního vnímání. Někteří lidé jsou považováni za insomniaky, spí čtyři hodiny, přitom jim to nevadí a přes den jsou fit. Problém je, když vám nedostatek spánku vadí v běžném životě.

Je možné, aby někdo vydržel nespát dlouhé týdny, měsíce, roky? Možná jste také četli román Dům spánku, kde jeden z pacientů nespal několik let.

S. Nevšimalová: To je trochu nadsazené, nikdo nevydrží nespát víc než pár dní. Ale existuje spánková „mispercepce“, nedokonalé vnímání spánku. Takoví lidé mají lehčí spánek nebo se častěji probouzejí a přitom nadhodnocují dobu, kdy jsou bdělí.

K. Šonka: Měl jsem jednoho pacienta s extrémní misperpencí spánku, trpěl pocitem, že nespí vůbec, což byl omyl. Ve skutečnosti takoví pacienti spí, ale při probuzení jsou okamžitě bdělí – během vteřiny. A pak vám ten člověk řekne: „Já jsem nespál.“ Přitom podle polysomnografie jasně vidíme, že skutečně spal.

Ve stejné knize vystupuje také narkoleptička, tedy žena trpící chronickou

spavostí, která nedokázala rozlišit sny od skutečnosti. To se taky stává?

S. Nevšimalová: Narkoleptici mají neuvěřitelně živé sny. Kromě toho často trpí hypnagogickými halucinacemi, které mohou být zrakové, sluchové i dotykové. Sny jsou velice bizarní, pacientům se do nich často promítají zemřelí příbuzní nebo příbuzní v nepříjemných situacích, ve kterých by je ani nechtěli vidět. Při živých hypnagogických halucinacích je někdy obtížné rozlišit narkolepsii od dalších nemocí, například schizofrenie. Obě nemoci jsou biologicky vývojově onemocnění.

Říká se, že sny se nám zdají pouze v takzvané fázi REM, zatímco v hlubší non-REM fázi se nám nic nezdá. Je to tak?

S. Nevšimalová: Kdysi jsme dělali studii, kdy jsme pacienty s narkolepsií budili v REM i non-REM spánku. Přibližně čtyřicet procent z nich mělo sny i v non-REM fázi, byly to ale spíše útržky myšlenek, takové vágní sny. Právě barevné živé sny jsou opravdu vázané na REM spánek.

Za velmi barvitě sny se považují noční můry, které trápí hlavně děti. Máme se jich bát?

S. Nevšimalová: Noční můry zažívá téměř polovina dětí a berou se ještě jako norma. Uvádí se, že jsou častější u děvčat, protože mají větší fantazii. Typicky trápí děti kolem čtyř let a později odeznívají.



Pacientovi v laboratoři se sleduje EEG, svalové napětí, EKG a další parametry a přes kameru jej pozoruje vyškolený pracovník

Foto: Ondřej Petřík a archiv

vstupuje nekonečný proud kominíků...

Já sama jsem měla opakované sny, že mě honí čarodějnice v ohromných botách a skáče za mnou ze skály na skálu. Jako dítě jsem se až bála chodit spát, že mě budou strašidelné sny zase pronásledovat.

K. Šonka: Já měl takovou spíše kuriózní noční můru, že do našeho domu vstupoval nekonečný proud kominíků a já přes ně nemohl projít. Psychologové by to asi vysvětlili jako nějakou tiseň.

Kromě noční můry existuje také noční děs. Jaký je mezi nimi rozdíl?

S. Nevšimalová: Noční děs probíhá v non-REM spánku, což znamená, že jím postižené děti nemají po probuzení vzpomínku na sen, jsou téměř neprobuditelné z křiku a pláče a často mají vyděšený výraz v obličeji nebo i „husí“ kůže. Noční děs probíhá zpravidla v první třetině noci, kdežto noční můra v ranních hodinách, kdy je více „snového“ REM spánku.

Poslední dobou se objevují studie o ekonomických důsledcích poruch spánku. Jak se dá vyčíslit spánek?

K. Šonka: Na konci osmdesátých let skupina specialistů na poruchy spánku v USA prosadila výzkumný projekt, který měl za cíl vyčíslit, kolik poruchy spánku stojí. Tenkrát se sečetly náklady za léčení, ale také za výpadky ekonomiky nebo absence v práci. A na začátku devadesátých let minulého století jim vyšla částka sto miliard dolarů. Podle této studie je velkým problémem průmyslová nehodovost. Mnoho nehod souvisejících se spánkem mají lidé ve směnném režimu. Takových je v Evropské unii asi čtvrtina, i když podle studie se za směnný provoz bere i to, když začínáte pracovat v šest.

Mnoho zaměstnanců nejen ve směnných provozech by si jistě rádo po obědě „schruplo“, podobně jako se to děje v zemích jižní Evropy. Co na to medicína?

S. Nevšimalová: O tom se vede diskuze, jestli jsou polední spánky škodlivé, nebo naopak ovlivňují příznivě naši kondici.

Prof. MUDr. Karel Šonka, DrSc. (*1957)

Již od promoce působí na Neurologické klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze postupně téměř ve všech zdravotnických a školských funkcích. Je předsedou České společnosti pro výzkum spánku a spánkovou medicínu a místopředsedou České neurologické společnosti JEP.



Prof. MUDr. Soňa Nevšimalová, DrSc. (*1940)

Působí na Neurologické klinice 1. LF UK a VFN v Praze, je autorkou mnoha knižních monografií a článků, z nichž řada byla publikována v prestižních zahraničních časopisech. Je členkou evropských a světových společností zaměřených nejen na výzkum spánku a spánkovou medicínu, ale i na dětskou neurologii. Získala Cenu Americké neurologické akademie. Dlouhodobě spolupracuje s Centrem pro narkolepsii při Stanfordově univerzitě v USA, v současné době je řešitelkou evropského projektu zaměřeného na narkolepsii. Organizačně zajišťovala v Praze evropské i světové kongresy s tematikou dětské neurologie, neurofyzologie a spánkové medicíny.

Celá řada studií ukazuje, že po odpoledním dvacetiminutovém spánku se zvýší výkonnost, ukazují to psychometrické testy.

K. Šonka: Ale v Česku chce většina zaměstnanců brzo přijít do práce a zase co nejdříve odejít.

Vaše laboratoř má v názvu označení „pro poruchy spánku a bdění“. Proč je tam to bdění?

K. Šonka: Naše hlavní odborné a výzkumné zaměření je narkolepsie, s bděním mají ale problémy také pacienti s idiopatickou hypersomnií neboli s poruchami nočního spánku, jako v případě spánkové apnoe.

Jací pacienti se dostanou do spánkové laboratoře a jak probíhají vyšetření?

K. Šonka: Ne každý pacient je kandidát pro návštěvu laboratoře. Klinickým vyšetřením vybereme ty pacienty, kteří jsou na laboratorní vyšetření vhodní, nebo ty, u nichž usoudíme, že je vyšetření nutné. Nejdůležitější je pak pohovor s pacientem, anamnéza. Polysomnografie ve spánkové laboratoři je druhý stupeň, potvrzení diagnózy. Zjednodušeně řečeno, necháme pacienta spát přes noc ve speciální místnosti, kde je napojený na přístroje a je nepřetržitě sledován kamerou. Vše se zaznamená do počítače a druhý den vyhodnotí.

Vašimi přístroji se díváte lidem

„do hlavy“. Co všechno můžete zjistit?

K. Šonka: Každá nemoc má svá kritéria a my podle vyšetření zpravidla můžeme diagnózu potvrdit nebo vyvrátit. Samozřejmě nevíme, co kdy která buňka v mozku dělá, k tomu ale vyšetření ve spánkové laboratoři neslouží.

S. Nevšimalová: Neboli víme, že se pacientovi něco zdá, ale nevíme co. I když na jednom kongresu jsem slyšela historku, že pacientka měla ve spánku čtyři rychlé pohyby očí, a když ji lékař vzbudil a ptal se, co se jí zdálo, řekla, že běžela po schodech. „A kolik těch schodů bylo?“ zjišťoval lékař. „Čtyři...“ ■