

Poruchy spánku dětí

Poruchy spánku postihují přibližně čtvrtinu populace dětí a dospívajících. Některé jsou převážně nočního charakteru a mají záchvatový ráz, vazbu na určité věkové období a často i tendenci k spontánnímu ústupu (náměsíčnost, noční děsy, noční enuréza), jiné jsou spojeny s nadměrnou denní spavostí (narkolepsie, idiopatická hypersomnie) a v dětském věku či dospívání obvykle vznikají.

Častým projevem je i kombinace poruchy nočního spánku (například při poruchách dechových funkcí typu spánkové apnoe nebo přítomnosti periodických pohybů končetin) se zvýšenou únavou a ospalostí během dne. U menších dětí bývá častým problémem dětská insomnie, na které se však zpravidla podílejí výchovné vlivy. Diagnostika poruch spánku a bdění se provádí v laboratořích specializovaných na noční video-polysomnografické vyšetření či dlouhodobé video-EEG monitorování.

Důsledky poruch spánku na dětský organismus

V důsledku nedostatečně dlouhého nebo nekvalitního spánku dochází ke zhoršení kognitivních funkcí (paměti, koncentrace, abstraktního myšlení a exekutivních funkcí zahrnujících plánování a řešení úkolů) s následným zhoršením školního prospěchu, k poruchám chování (hyperaktivita, impulzivita), změnám nálady a emocí (podrážděnost, agresivita, úzkostnost, labilita nálady). Deficit hlubokého delta spánku vede k poruchám imunity, častější nemoci a v důsledku nedostatečné sekrece růstového hormonu, který je vázán na hluboká stadia NREM spánku, může dojít i k růstové retardaci.

Epidemiologické studie ukazují, že u dětí se špatným školním prospěchem se častěji vyskytuje insomnie, poruchy dýchání

ve spánku a periodické pohyby končetinami. Kombinace příznaků hyperaktivity, nesoustředěnosti a impulzivity může zcela napodobovat diagnózu poruchy koncentrace s hyperaktivitou (ADHD). Poruchy dýchání ve spánku mohou být pravděpodobně spojeny i s trvalým kognitivním postižením, s rizikem pozdějšího rozvoje kardiovaskulárního onemocnění a aterosklerózy. Zvýšená denní spavost je u dětí často přehlížena nebo považována za lenost, nedostatek inteligence a motivace. Diagnostickým problémem bývají i poruchy cirkadiánního rytmu (zejména syndrom zpožděného usínání). Důsledkem je obtížné probouzení, pozdní příchody do školy, ospalost při vyučování. Obtížné večerní usínání starší děti kompenzují užíváním hypnotik, někdy i alkoholem (přehled nejčastějších poruch spánku viz tabulka).

Současná mezinárodní klasifikace dělí poruchy spánku do sedmi základních skupin: insomnie, poruchy dýchání ve spánku, hypersomnie, poruchy cirkadiánní rytmicity, parasomnie, abnormní pohyby během spánku a izolované příznaky/normální varianty. Pro běžnou klinickou potřebu je možno vyčlenit tři základní okruhy onemocnění: poruchy spojené s nedostatečně dlouhým nebo nekvalitním spánkem, hypersomnie a parasomnie. V následující části uvádíme přehled nejčastějších poruch spánku, se kterými se v dětství a adolescenci setkáváme.

Nejčastější poruchy spánku v dětském věku		
Diagnostická skupina	Nejčastější příčiny	Věk manifestace
Poruchy dýchání vázané na spánek	Spánková apnoe, chrápání	bez omezení
Nespavost (insomnie)	Nevhodné spánkové návyky (porucha spánku z naučených asociací při usínání, syndrom nočního ujidání/upíjení, porucha spánku z nedostatečného režimu), alergie na potraviny	kojenecký a batolecí věk
Nadměrná denní spavost	Nevhodná hygiena spánku s nedostatečnou délkou nočního spánku, narkolepsie, idiopatická hypersomnie	adolescenc
Parasomnie	Poruchy probouzecích mechanismů (stavy zmatenosti, náměsíčnost, noční děsy), noční můry, enuréza	předškolní a školní věk
Abnormální pohyby ve spánku	bruxismus (skřípání zuby), rytmické pohyby (jactatio capitis), syndrom neklidných nohou, periodické pohyby končetin	bez omezení
Poruchy 24hodinového rytmu	zpožděná fáze spánku, nepravidelný rytmus spánku	adolescenc



Za spánkové problémy dětí mohou často jejich rodiče

1. Poruchy spojené s nedostatečně dlouhým nebo nekvalitním spánkem

Nespavost – insomnie

Insomnie je definována jako obtížné a prodloužené usínání, opakované noční probouzení, nebo předčasné ranní probouzení. Maximum výskytu nespavosti je v kojeneckém a batolecím věku, zpravidla při nedostatečném režimu dítěte a špatném výchovném přístupů rodičů. U kojenců je nejčastější porucha spánku z naučených asociací při usínání, která se projevuje především opakovanými nočními probouzeními. Dítě se nenaučilo usnout samostatně, bez přítomnosti rodičů a ve své postýlce, ale má usínání spojené například s kojením, krmením z láhve, chováním apod. Tyto podmínky pak vyžaduje i při nočních probouzeních. Při nesplnění podmínek je opětovné usnutí obtížné a porucha se stává vyčerpávající i pro rodiče.

Noční probouzení jsou u starších kojenců a batolat někdy spojena s konzumací většího množství tekutiny – tzv. syndrom nočního ujidání/upíjení. Významný je rovněž zvýšený výskyt nespavosti u dětí neurotických a depresivních matek. U batolat a předškolních dětí se projevuje porucha spánku z nedostatku režimu. Dítě odmítá ulehnout ve stanovenou dobu a vyžaduje četné ústupky – opět se jedná o chybu výchovnou, kdy rodiče nejsou schopni dítěti vytvořit pevný a stálý denní režim. Jen malé procento nespavosti je v tomto věku způsobené organickými příčinami (potravinová alergie, zejména na kravské mléko, gastroesofageální reflux, koliky). Přerušovaný spánek může být

také předobrazem budoucího ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). V předškolním a školním věku je spánek velmi stabilní a nespavost je vzácná. Její výskyt je většinou spojen s psychickými problémy (úzkost, neuróza), v dospívání může být prvním příznakem začínajícího psychiatrického onemocnění (deprese, schizofrenie).

Poruchy dýchání ve spánku

Syndrom spánkové apnoe se projevuje opakovanou zástavou (apnoe) nebo omezením (hypopnoe) dýchání během spánku. Nejčastěji se vyskytuje obstrukční spánková apnoe (OSA), způsobená úplnou nebo částečnou obstrukcí horních cest dýchacích. Nejčastější příčinou jsou hypertrofické adenoidní vegetace nebo zvětšené tonzily. Apnoe a hypopnoe vedou k opakovaným poklesům saturace hemoglobinu kyslíkem a ke krátkým probouzením.

Prvním příznakem počínající obstrukce v dýchacích cestách je chrápání, v případě OSA provázené apnoickými pauzami, ztíženým dýcháním, abnormní polohou ve spánku (například záklonem hlavy), neklidným spánkem, zvýšeným pocením; častější je výskyt parasomnií (například enurézy, náměsíčnosti). Ranní probouzení bývá provázené pocitem sucha v ústech a bolestí hlavy. Závažná OSA může vést k poruše růstu, neprospívání a kardiovaskulárním komplikacím (plicní hypertenze, cor pulmonale). V popředí klinického obrazu bývají často denní příznaky – hyperaktivita, nepozornost, kognitivní dysfunkce, poruchy nálady. Prevalence OSA je u předškolních a školních

Častým terapeutickým postupem je *úprava denního režimu*

děti 2–3%, rizikovým faktorem je obezita. Chrápání je příznakem OSA u 20% dětí, v ostatních případech jde o prosté chrápání (bez apnoických pauz). Ke spolehlivému odlišení OSA a chrápání je nutné polysomnografické vyšetření; je však pravděpodobné, že i prosté chrápání může mít stejné důsledky jako OSA. Nutné je ORL vyšetření, léčbou OSA je nejlépe současně odstranění adenoidních vegetací a tonzil, bez ohledu na jejich absolutní velikost. Při anomáliích v orofaciální oblasti je vhodná terapie trvalým přetlakem v dýchacích cestách během spánku a podle věku dítěte (po dokončení růstu obličejového skeletu) konzultace otorinolaryngologického zákroku.

Syndrom neklidných nohou a periodické pohyby končetinami ve spánku

Syndrom neklidných nohou se projevuje nucením k pohybu zpravidla dolními končetinami, spojeným s nepříjemnými pocity (pálení, mravenčení, pocit bolesti). Pohyb postiženou končetinou přináší částečnou nebo úplnou úlevu. Potíže se vyskytují v klidu (například při delším sezení) a zvyrazňují večer a v noci, kdy brání usnutí nebo vedou k opakovaným probuzením. Výskyt je často rodinný, obtíže postihují 1–2% dětí. Nutné je odlišení od růstových bolestí, u kterých pohyb úlevu nepřináší a odlišná je i lokalizace bolestí. Až 80% pacientů se syndromem neklidných nohou má současně periodické pohyby končetinami, což jsou krátké (0,5–5 sec.) flekční, rytmicky se opakující (v intervalu 20–40 sec.) pohyby nejčastěji jedné dolní končetiny. Vyskytují se při usínání a během povrchního spánku, jsou spojené s probuzením a narušením spánku.



Podkladem obou onemocnění je porucha dopaminergního přenosu v bazálních gangliích při současném deficitu železa. Obě onemocnění jsou v dětském věku výrazně poddiagnostikována a mohou vést k denní únavě až ospalosti. Terapie spočívá v podávání agonistů dopaminu, případně levodopy, lékem volby je clonazepam a substituce železa.

Syndrom zpožděné fáze usínání

Syndrom zpožděné fáze usínání patří mezi poruchy cirkadiánního rytmu (rozložení spánku během 24 hodin) a vyskytuje se často v pubertě (prevalence 7–10%). Usínání je posunuto do pozdních nočních hodin a při nutnosti ranního vstávání, které je velmi obtížné, dochází k spánkové deprivaci. Porucha se může skrývat buď za stížností na nespavost, nebo naopak na zvýšenou denní spavost. Nejčastější příčinou je nevhodná spánková životospráva, vzácněji geneticky podmíněná porucha zpožděného vylučování spánkového hormonu melatoninu. K diagnóze přispívá spánkový záznamník a aktigrafické monitorování. K zmírnění obtíží je nutná úprava režimu, medikamentózně se v dětském věku doporučuje injekční podání vitamínu B12, kauzální léčbou je podávání melatoninu v eventuelní kombinaci s intenzivním ranním osvětlením.

2. Poruchy spojené se zvýšenou spavostí – hypersomnie

Narkolepsie je chronické onemocnění charakterizované nadměrnou denní spavostí imperativního rázu, kataplexií (náhlou svalovou atonií při emočním podnětu), hypnagogickými halucinacemi a stavy spánkové obrny. První příznaky se ve třetina případů objevují před patnáctým rokem věku, zůstávají často přehlíženy či mylně diagnostikovány.

Narkolepsie se u dětí projevuje atypicky celkově zvýšenou potřebou spánku, nikoli imperativním usínáním. Kataplexie nebývá prvním příznakem, ale s různým časovým odstupem se objevuje až u 80% pacientů (narkolepsie s kataplexií). U dětí bývají stavy kataplexie zaměňovány za epileptické záchvaty, stavy halucinací za psychiatrická onemocnění. Při narkolepsii dochází k poruše regulace rytmu spánku a bdění, především k patologické penetranci paradoxního (REM) spánku. Příčinou onemocnění je deficit neuropeptidu hypokretinu (orexinu) v hypothalamu a uvažuje se o možnosti autoimunitního podkladu onemocnění při výrazné genetické predispozici v HLA systému.

V terapii je nutná úprava režimu s plánovanými odpočinku a přiměřenou fyzickou aktivitou. Denní spavost ovlivňují centrální stimulanty (methylfenidát) či modafinil, k ovlivnění kataplexie a dalších příznaků spojených s REM spánkem se užívají tricyklická antidepresiva či inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, nověji i oxybát sodný. U dětí může být narkolepsie až ve třetině případů symptomatická (suprasellární mozkové nádory), proto je nutné vždy provést zobrazovací vyšetření CNS (nejlépe MR).

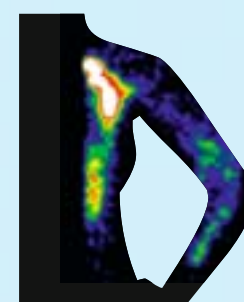
Wobenzym®

lék první volby ve farmakoterapii poruch lymfatické drenáže

Snižuje viskozitu séra a plazmy, snižuje agregaci trombocytů a zvyšuje flexibilitu erytrocytů. Vede k lýze lymfatických zátek a k obnovení průchodnosti lymfatických cest, kterými jsou pak snadněji odplaveny produkty proteolýzy extravazálně deponovaného fibrinu a dalších bílkovin. Enzymy potencované rutosidem zlepšují reologické vlastnosti lymfy a krve a zajišťují zlepšení transportní kapacity lymfatického systému a mikrocirkulace.

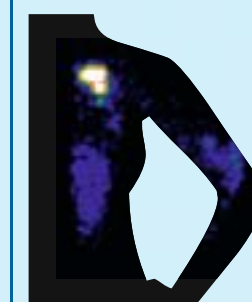
Latentní lymfedém (lymfoscintigrafie pacientky po operaci prsu pro nádor s odstraněním lymfatických uzlin v axile)

stav před zahájením monoterapie Wobenzymem®



hromadění radiofarmaka

stav po 6 měsících léčby Wobenzymem® (2x5 drg. denně)



normalizace nálezu



Zkrácená informace o přípravku:

S: Pancreatinum 100mg, Bromelaina 45mg, Papainum 60mg, Trypsinum 24mg, Chymotrypsinum 1mg, Amylasum 10mg, Lipasum 10mg, Rutosidum trihydricum 50mg v 1 dražé. IS: Varium, enzymový přípravek. I: Jako alternativa k dosud užívaným postupům – poúrazové otoky, lymfedém, fibrocystická mastopatie. Jako podpůrná léčba – některé pooperační stavy v chirurgii, záněty povrchových žil, potrombotický syndrom, revmatoidní artritida, revmatismus měkkých tkání, artróza, mnohočetná mozkomíšní skleróza, chronická a recidivující záněty (v oblasti ORL, horních cest dýchacích, močového a pohlavního ústrojí, trávicí trubice, kůže aj.), jako podpůrná léčba při podávání antibiotik. KI: Přecitlivělost na složky přípravku, těžké poruchy krevní srážlivosti. Před operacemi vzít v úvahu fibrinolytický účinek přípravku, podávání v těhotenství zvážit. NÚ: Ojedinelé změny konzistence, barvy a zápachu stolice. Při užívání vyšších jednotlivých dávek se mohou objevit pocity plnosti, nadýmání, výjimečně nevolnost. D: Léčba se zahajuje dávkou 3x5 až 3x10 dražé denně. S ústupem chorobných projevů se dávkování postupně snižuje až na udržovací dávku 3x3 dražé denně. Při infekčních zánětech nenahrazuje léčbu antibiotiky, ale zvyšuje jejich účinek. Volně prodejný lék. Bez úhrady VZP. Datum poslední revize SPC: 17. 12. 1998. Úplné informace o léku jsou k dispozici v Souhrnu údajů o přípravku a na adrese: MUCOS Pharma CZ, s. r. o., Uhřetěveská 448, 252 43 Průhonice, tel.: +420 267 750 003, fax: +420 267 751 148, e-mail: mucos@mucos.cz