

Obsah

Poruchy spánku..... 1

PORUCHY SPÁNKU

Přeloženo z Prescrire International October 2008, Vol. 17 (97): 206

„Pane doktore máte nějakou tajnou metodu jak usnout?“ ptal se pacient doktora Knocka ve hře Jules Romains (1924). O století později pacienti trpící nespavostí stále hledají kouzelnou „střelu“, která by jim pomohla k dobrému nočnímu spánku.

Ale jak je možné těmto pacientům pomoci, aniž bychom je vystavili nežádoucím účinkům farmakoterapie?

Nespavost: uklidněte pacienta

Spánek je považován za normální, pokud se ráno probudíme odpočatí s pocitem, že jsme v noci dobře spali (1).

Subjektivní nespokojenost spíše než objektivní porucha. Dosud neexistují kvantitativní normy pro lidský spánek. Pacienti, kteří si stěžují na nespavost, nemusí nezbytně krátce spát (2). Nespavost je často definována jako subjektivní neschopnost usnout nebo spát (časté probouzení, časné probuzení) a dojem, že spánek nebyl posilující (3,4). Tento dojem nekvalitního spánku je nejméně tak důležitý jako objektivní porucha spánku (2,3). To je také důvod, proč byl pro tento článek zvolen termín „nekvalitní spánek“ spíše než „nespavost“.

Potíže související s nekvalitním spánkem zahrnují únavu během dne, subjektivní nedostatek energie, obtíže se soustředěním a poruchy paměti (3).

Spánkové cykly. Poskytnutí informací o základech fyziologie spánku může pomoci pacientovi lépe pochopit další doporučení související s úpravou nekvalitního spánku. Délka spánku, délka usínání i noční probouzení se liší podle věku, času uléhání na lůžko, práce, denních aktivit a duševního napětí jedince (4).

Spánek se skládá z řady po sobě následujících cyklů, jejichž trvání se u jednotlivců liší a trvají přibližně mezi 90 a 120 minutami (1,2,5). Cyklus se skládá z fáze pomalovlnného spánku (non REM), kdy je spánek z počátku lehký, ale stává se hlubším a hlubším. Tato fáze je následována krátkou fází paradoxního spánku (REM fáze rapid-eye-movement) nebo spánkem se sny (1,2). Pomalovlnná fáze spánku převládá v první třetině noci. Po sobě následující spánkové cykly jsou odděleny fázemi krátké bdělosti obvykle trvajících méně než tři minuty. Během těchto fází měníme polohu (1) a jen velmi zřídka si je pamatujeme.

Tato struktura spánku má tendenci se ve stáří měnit. Obecně chodíme dříve spát a dříve se ráno probouzíme (6). Fáze hlubokého spánku se stává kratší a začínáme si více pamatovat krátká noční probouzení. To je důvod, proč starší lidé mají často dojem, že spí méně než dříve, i když se u nich celková délka spánku nezkrátí nebo se i prodlouží (1,2,7).

Některé poruchy spánku jsou přechodné a jejich možné příčiny jsou četné a rozmanité.

Účinné nefarmakologické metody

Mylná představa a přehnané obavy z nekvalitního spánku a jeho následků mohou přispívat k přetrvávání a upevňování dojmu nekvalitního spánku (3,8,9). Před zahájením farmakologické léčby by měly být vyzkoušeny nefarmakologické metody jako je poskytnutí rad týkajících se spánkové hygieny, relaxace a kontro-

ly podnětů (stimulů). Tyto kognitivně-behaviorální metody jsou dále uváděny jako behaviorální terapie.

Behaviorální terapie: i dlouhodobě prokázaná účinnost. Behaviorální terapie jsou zaměřeny na obnovení uspokojivého cyklu spánek-bdění působením mimo jiné na nesprávný úsudek a názory týkající se spánku jako jsou nerealistické představy o nezbytné délce spánku, přehnané obavy z následků nespavosti a omylů ve strategiích směřujících k podpoře spánku (10).

K doporučením týkajícím se stimulujících nápojů a faktorů prostředí je možné navrhnout i další techniky. Kontrola podnětů (stimulů) byla ověřena ve vysoce kvalitních klinických studiích (11). Cílem kontroly podnětů je znovu vytvořit asociaci mezi ložnicí a spánkem a obnovit pravidelný cyklus spánek-bdění na základě jednoduchých doporučení (viz tabulka).

Tato technika zkracuje oboje: čas do usnutí i délku nočních probuzení na polovinu a tento přínos trvá dlouhodobě (3,9,11).

Systematický přehled provedený Cochran collaboration vybralo 6 kontrolovaných randomizovaných studií behaviorální terapie oproti placebo nebo registraci na čekacím seznamu. Do studií bylo zařazeno celkem 224 pacientů většinou starších než 60 let. Výsledky byly pozitivní, především pokud se týká doby trvání spánku.

Analýza 21 studií z roku 2002 porovnávající farmakoterapii s behaviorální terapií neukázala žádný rozdíl v krátkodobé účinnosti na poruchy spánku (13).

Jedna kontrolovaná randomizovaná studie se 40 pacienty neprokázala po 8 týdnech po ukončení terapie statisticky signifikantní rozdíl mezi behaviorální terapií (týdenní kurz) a užíváním benzodiazepinů (temazepam od 7,5 mg do 30 mg večer) (10,14).

Jiná randomizovaná placebem kontrolovaná studie porovnávala týdenní behaviorální terapii oproti šestitýdenní terapii zopiklonem (7,5 mg večer) u 46 dospělých s průměrným věkem 61 let. Po šesti týdnech byla pacientům nabídnuta možnost pokračovat v užívání zopiklonu po dobu šestiměsíční obzervační fáze. Šest týdnů a šest měsíců po ukončení terapie byla behaviorální terapie podle patientských spánkových kalendářů a polysomnografických záznamů nejméně tak účinná jako terapie zopiklonem (15).

Středně těžká fyzická námaha: občas užitečné, především ráno. Namáhavé cvičení před spaním údajně negativně ovlivňuje spánek, ale fyzická aktivita je považována za prospěšnou.

Dvě kontrolované randomizované studie se 43 a 173 pacienty stěžujícími si na nekvalitní spánek ukázaly prospěšný vliv trvalé denní fyzické aktivity, a to několikrát týdně, na dobu do usnutí i na trvání spánku (16,17).

Ostatní psychoterapie. Nebehaviorální psychoterapie může být zvážena v některých komplexních situacích, především pokud pacient trpí psychologickým onemocněním, jako je např. deprese. Nejsou k dispozici žádné systematické přehledy takového přístupu.

Placebo a kvazi placebo

Různé léčby téměř tak neúčinné jako placebo nebo jen o něco více účinné než placebo mohou u některých pacientů pomoci.

Placebo. Placebový efekt není jednoduché změřit. Pokud se paci-

Spánková hygiena a kontrola podnětů (stimulů)

Základní spánková opatření, která mohou pacientovi pomoci usnout, jsou následující:

- vyhnout se podnětům hodinu až dvě před spaním;
- vyhnout se přílišnému pití nebo jídlu večer, vyvarovat se kofeinu, nikotinu a alkoholu před ulehnutím do postele;
- v ložnici udržovat klidné, šeré a příjemné prostředí;
- vyvarovat se spánku během dne po noci s nekvalitním spánkem (a,b).

Kontrola podnětů (stimulů) je navržena tak, aby ložnice byla spojena ve většině případů se spánkem. Pro obnovení pravidelného cyklu spánek-bdění je třeba pacientovi poskytnout k základům spánkové hygieny další jednoduchá doporučení:

- chodte do postele pouze když se cítíte unavený/á, i kdyby to mělo být později než jste plánoval/a;
- používejte ložnici jen ke spaní (případně sexu), nečtěte tam nebo nesledujte televizi;
- nastavte si budíka na stejný čas bez ohledu na to, v kolik hodin jdete spát;
- pokud se vám nepodaří usnout během 20 minut, je lepší vstát a jít do jiné místnosti, věnovat se klidné činnosti (bez jídla, kouření nebo pití kávy) a vrátit se do postele pouze v případě, že se cítíte unavený/á (b).

Použití této metody může být pro některé lidi těžší než pro jiné, ale zdá se, že je více účinná než samostatně používaná spánková hygiena (a).

a) Prescrire Editorial Staff: Insomnia treatment without drug therapy, Prescrire Int 1998; 7 (35): 86-87.

b) Prescrire Rédaction: Idées-Forces Prescrire. Plainte d'insomnie chez les adultes, updated June 2007; www.prescrire.org: 9 pages.

ent radí se svým lékařem v průběhu nejhoršího období nekvalitního spánku, velmi pravděpodobně u něj dojde ke spontánnímu zlepšení stavu, které je způsobené fenoménem zvaným návrat k průměru (regression to the mean).

Autoři metaanalýzy randomizovaných dvojité slepých placebem kontrolovaných studií „s aktivními“ terapiemi se pokusili změřit placebo efekt při poruchách spánku (18). Bylo vybráno 5 studií zahrnujících 213 pacientů (převážně mladých žen). Analýza byla zaměřena pouze na první dva týdny léčby. V placebové skupině se čas do usnutí zkrátil o 13 minut oproti výchozímu a celková délka spánku se prodloužila o 13 minut (18). Spokojenost pacientů nebyla uvedena.

Takovýto stupeň zlepšení může být pro některé pacienty dostačující.

Herbální přípravky: limitovaný vliv valerjány (kozlíku lékařského). Valeriána je jediný herbální přípravek, který byl testován v klinických studiích. Některé metodologicky slabé studie ospravedlňují použití kozlíku (19). Přednost by měla být dána vodným extraktům jako jsou bylinné čaje nebo slabému hydroalkoholickému výtažku, protože neobsahují toxické složky a nezdá se, že by způsobovaly nežádoucí účinky.

Tradičně byly k terapii lehkých poruch spánku používány i další léčivé rostliny, ale studie o jejich účinku a potenciálních rizicích prakticky neexistují. Rostliny jako lípa, pomeranč a sporýš lékařský se jeví bezpečné. Pití bylinného čaje před spaním může přinést uklidňující chvíle a stát se tak pozitivním rituálem v čase ukládání se ke spánku (19).

Melatonin: ne účinnější než placebo. Systematický přehled s metaanalýzou ukázal, že melatonin u poruch spánku není krátkodobě účinnější než placebo. Dlouhodobé nežádoucí účinky jsou jen málo prozkoumány (20,21).

Akupunktura: neprůkazné údaje. Systematické přehodnocení provedené Cochran collaboration identifikovalo 7 randomizovaných studií (pouze dvě dvojité slepé studie) s celkem 590 pacienty ve věku od 15 do 98 let (22). Akupunktura bez ohledu na techniku se nezdá mít specifický vliv na délku času nutného k usnutí, celkovou délku spánku nebo noční probouzení. Bylo však popsáno zlepšení kvality spánku. Nežádoucí účinky akupunktury jsou obvykle mírné (mírná bolestivost). V souvislosti s akupunkturou však byly hlášeny případy přenosu virové infekce (23).

Doxylamin: příležitostná alternativa benzodiazepinů

Většina antihistaminik zvláště první generace má sedativní účinky. Antihistaminika byla testována v placebem kontrolovaných studiích k léčbě poruch spánku (24).

Většina antihistaminik má však i atropinové účinky (25) jako je závrať, únava a suchá ústa. Starší pacienti jsou k těmto účin-

kům citlivější a je u nich i vyšší riziko pádů způsobených závratí a sedací (24-26).

Doxylamin: opatrnost u starších pacientů. Doxylamin (není v ČR registrován), sedativní ne-fenothiazinové antihistaminikum s atropinovým efektem je ve Francii obchodován pro terapii příležitostné nespavosti u dospělých (26).

Byla nalezena pouze jedna randomizovaná srovnávací studie s doxylaminem s 338 pacienty stěžujícími si na nekvalitní spánek. Po dvou týdnech léčby byl účinek 15 mg doxylaminu večer srovnatelný s účinkem zopiklonu užívaného před spaním v dávce 10 mg (27).

Dlouhý poločas eliminace doxylaminu může zvláště u starších pacientů a u pacientů s ledvinným nebo jaterním selháním způsobit nahromadění v organismu (26).

V placebem kontrolované studii srovnávající doxylamin se zolpidemem byla denní ospalost mnohem častější ve skupině s doxylaminem než v jiných skupinách (11 % versus 4 %, na základě výpočtu autorů $p = 0,02$) (27).

Doxylamin byl používán k léčbě nauzei a zvracení u těhotných žen a údaje o použití v těhotenství jsou povzbudivé (28, 29).

Ostatní antihistaminika: méně účinná nebo hůře prozkoumána. Randomizovaná dvojité slepá studie se 111 pacienty s týdenní léčbou naznačila, že difenhydramin (není v ČR registrován), další antihistaminikum, podávaný v dávce 50 mg za den, má mírný hypnotický účinek v porovnání s placebem (30). Dvě další studie u psychiatrických pacientů a starších pacientů v ústavech přinesly obdobné výsledky (24).

Hydroxyzin (není v ČR registrován), derivát ledrazinu, je další sedativní antihistaminikum s atropinovými účinky (31). Autoři nenašli žádnou srovnávací studii s hydroxyzinem použitým k terapii poruch spánku. U novorozenců matek užívajících v období 2 až 12 týdnů před porodem hydroxyzin v dávce od 100 do 200 mg denně byl popsán syndrom z vysazení (32,33).

Benzodiazepiny: omezená role, především u starších pacientů

Různé benzodiazepiny mají více či méně vyjádřený anxiolytický, hypnotický, myorelaxanční, antikonvulzivní a amnestický účinek (8). Avšak benzodiazepiny mohou rovněž vyvolat paradoxikální excitaci, podrážděnost a dokonce i násilí (8).

Délka účinku závisí na délce eliminačního poločasu jak účinné látky, tak jejího aktivního metabolitu. Plazmatický eliminační poločas se interindividuálně velmi liší (3). Benzodiazepiny jsou klasifikovány podle rychlosti účinku a rychlosti eliminace.

Rychle působící benzodiazepiny a příbuzné látky zahrnují zolpidem, zopiklon a triazolam (které jsou rychle eliminovány) a flunitrazepam (střední rychlost eliminace). Další benzodiazepiny se střední rychlostí eliminace jsou estazolam, loprazolam, lorazepam, lormetazepam, nitrazepam, oxazepam a temazepam. Jiné

léčivé látky této skupiny mají dlouho-trvající účinek, obvykle proto, že vytvářejí aktivní metabolity.

Benzodiazepiny a příbuzné látky: krátkodobé prodloužení spánku. Metaanalýza identifikovala 50 kontrolovaných randomizovaných studií s benzodiazepiny včetně 27 studií kontrolovaných placebem, do kterých bylo zařazeno 2 500 pacientů (34). Žádná ze studií zařazených do metaanalýzy netrvala déle než 2 týdny.

Čas potřebný k usnutí byl podle odhadu pacientů zkrácen o 14 minut ve skupině s benzodiazepiny v porovnání s placebovou skupinou (8 studií s 539 pacienty), v elektronicky zaznamenané délce spánku ale nebyl prokázán signifikantní rozdíl (34). Pacienti v benzodiazepinové skupině se domnívali, že se jim spánek v průměru prodloužil o 49 minut v porovnání se skupinou placebovou. Elektronické záznamy prokázaly prodloužení spánku o 62 minut (34).

Další metaanalýza byla zaměřena na studie s pacienty staršími než 60 let (35). Pacientům užívajícím hypnotika se spánek průměrně prodloužil o 25 minut v porovnání s pacienty užívajícími placebo ($p = 0,0001$).

Klinická hodnocení zolpidemu a zopiklonu neprokázala lepší poměr přínosů a rizik v porovnání s ostatními benzodiazepiny u nespávých pacientů (36,37).

Britský systematický přehled analyzoval 17 randomizovaných kontrolovaných studií se zolpidemem nebo zopiklonem v porovnání s benzodiazepinem (38). Souhrnně byla účinnost srovnatelná s ohledem na počet nočních probuzení, čas nutný k usnutí a na celkové trvání spánku, a to i ve studiích zahrnujících pouze pacienty starší než 60 let (35). Tyto léky mají obdobné farmakodynamické vlastnosti jako benzodiazepiny (36,37).

Závratě a ospalost během dne. V kontrolovaných randomizovaných studiích jeden ze šesti pacientů hlásil alespoň jeden nežádoucí účinek. Nejčastěji to byla ospalost během dne nebo únava, bolest hlavy, náměšičnost a závratě (34,35,39).

Poruchy paměti. Benzodiazepiny mají vliv na všechny složky funkce paměti (40). V klinických hodnoceních u pacientů starších než 60 let byly kognitivní poruchy, zvláště poruchy paměti, pětikrát častější u skupiny s benzodiazepiny než u placebové skupiny ($p < 0,01$) (35).

U pacientů užívajících benzodiazepiny dlouhodobě nedochází po ukončení léčby k úpravě kognitivních poruch (schopnost zapamatovat si a koncentrovat se), které se objevily v průběhu léčby (9,40,41).

Benzodiazepiny včetně látek v s krátkým eliminačním poločasem mohou způsobit poruchy paměti již po prvním dnu používání (8).

Behaviorální poruchy. Amnézie, chození ve spánku a automatické chování jsou nežádoucí účinky benzodiazepinů a příbuzných léčiv, která účinkují rychle a krátce (42).

U některých pacientů užívajících triazolam nebo flunitrazepam se rozvinulo kriminální chování, které si někdy ani nepamatovali (43-45).

Pády a nehody. Látky ovlivňující centrální nervový systém, zvláště benzodiazepiny, zvyšují riziko pádu a zlomenin u starších pacientů (46,47). Zolpidem není výjimkou (48).

Chronické užívání benzodiazepinů je spojeno se špatným řízením a zvyšuje riziko vzniku autonehody s jiným vozidlem a/nebo chodcem (41,49). Mnohé epidemiologické studie s tisíci řidičů ukázaly, že užívání psychotropních léků, především benzodiazepinů, je spojeno s výrazným zvýšením rizika, že člověk bude příčinou nebo obětí dopravní nehody (49-52).

Tolerance, syndrom z vysazení a závislost. Tolerance na hypnotický účinek se při pravidelném užívání benzodiazepinů rozvíjí rychle (během dnů nebo týdnů). Hypnotický účinek odezní a čas nutný k usnutí a délka spánku se navrácí na úroveň před zahájením léčby (7,8,41).

Zolpidem, látka příbuzná benzodiazepinům, byl v roce 2002 Světovou zdravotnickou organizací klasifikován jako psychotropní látka s rizikem zneužívání (53). Zopiklon nese stejné riziko zneužívání a vzniku závislosti (53,54).

Pravděpodobnost, že se objeví syndrom z vysazení při přerušení podávání benzodiazepinů, se zvyšuje s délkou podávání, dávkou a při užívání látek s rychlejší eliminací (flunitrazepam, zolpidem, zopiklon nebo triazolam).

Těhotenství a benzodiazepiny: opatrnost. Riziko rozvoje vrozených vad při podání benzodiazepinů v průběhu prvního trimestru těhotenství je kontroverzní (55). Byla naznačena možnost rizika vzniku rozštěpu patra při použití v prvním trimestru. Metaanalýza kohortových studií neukázala zvýšení tohoto rizika, přestože v některých „case control“ studiích byla možnost spojení mezi užíváním benzodiazepinů v prvním trimestru a rozštěpem patra naznačena.

U matek užívajících benzodiazepiny byl u novorozenců hlášen syndrom z vysazení, který nezbytně vyžadoval intenzivní péči (57,58). Bylo také prokázáno riziko hypotonie s poruchou sacího reflexu (59).

Možný dlouhodobý vliv intrauterinní expozice není znám.

Úspěšné vysazení benzodiazepinů: užitečná opatření

Syndrom z vysazení benzodiazepinů zahrnuje úzkost, návrat nespavosti, změnu vnímání (halucinace, pocit pokroucení těla) a zmatenost (1-3). Po ukončení terapie vysokými dávkami benzodiazepinů se mohou objevit neurologické poruchy jako jsou křečové stavy a zmatenost.

Když se spánek vrátí, je paradoxně delší a někdy může vést ke vzniku nočních můr. Takovéto příznaky mohou falešně naznačit, že je léčba účinná, což někdy může vést k prodloužení léčby (4).

Zdá se, že závažnost syndromu z vysazení souvisí s délkou léčby, vysokou dávkou a s používáním benzodiazepinů s krátkým poločasem (1,3,5). Zvláště citliví na benzodiazepinový syndrom z vysazení se zdají být starší lidé (6).

Účinná preventivní opatření

U dospělých je syndrom z vysazení benzodiazepinů méně častý, pokud je lék vysazován postupně a pokud pacient podstoupí behaviorální terapii a je informován o problémech souvisejících s benzodiazepiny (7).

V některých studiích tyto zásahy pomohly okolo 25 % pacientů snížit nebo ukončit používání benzodiazepinů, i když byli spokojeni s léčbou a přáli si v ní pokračovat (1,8,9). Testované intervence byly založeny na týdenních konzultacích sloužících k informování pacienta o možných nežádoucích účincích benzodiazepinů a rozvoji syndromu z vysazení, na vysvětlení fyziologie spánku a nabídky možnosti spánkové strategie založené na kontrole stimulů.

Posílení povědomí

Pokud pacienti užívají po nějakou dobu benzodiazepiny a mají problémy se spánkem, léky často ztrácejí účinek, ale nežádoucí účinky přetrvávají, zvláště ty postihující paměť a pozornost. V těchto případech je nezbytné informovat pacienta o možných problémech a být připraven na velmi pozvolné vysazování léku.

Žádné další psychotropní látky pro léčbu poruch spánku

Pro léčbu spánku mohou být použity i další látky se sedativními účinky. Některé, jako např. barbituráty, jsou obsoletní, protože poměr jejich přínosů a rizik je negativní.

Ve Francii není dostupný monokomponentní přípravek obsahující neuroleptikum k léčbě poruch spánku.

Antidepressiva: velmi málo studií. Pouze okolo 300 pacientů s poruchami spánku bylo zařazeno do malého počtu studií zkoumajících tricyklická antidepressiva. Závěry ukázaly přínos pro délku spánku, mírný vliv na čas nutný k usnutí a zlepšení subjektivního hodnocení kvality spánku (39).

Závěrem: dlouhodobé užívání „pilulek“ na spaní je rizikové

U pacientů stěžujících si na nekvalitní spánek mají nefarmakologická opatření nejlepší poměr přínosů a rizik. K úpravě spánku a subjektivního vnímání kvality spánku mohou být použita nejruznější opatření: od prostého objasnění fyziologie spánku až k behaviorální terapii.

Pokud se farmakologická léčba zdá nevyhnutelná a placebo nebo kvazi placebo jsou nedostatečné, pak jsou benzodiazepiny a jim příbuzné látky stejně jako antihistaminika účinnou a obecně uznávanou volbou. Při prvním nasazení musí být pacienti informováni o možných nežádoucích účincích, což může napomoci omezení používání farmakoterapie na co nejkratší dobu.

Jak pomoci pacientovi, který si stěžuje na nekvalitní spánek a ještě nebyl léčen

- Když si pacient stěžuje na nekvalitní spánek, je třeba pozorně naslouchat popisu obtíží, jejich dopadu na pacientův běžný život, informacím o délce trvání obtíží, kontextu, ve kterém se objevily a způsobům, které dosud pacient použil, aby se mu lépe spalo.
- Takový rozhovor někdy odhalí souběžně probíhající onemocnění způsobující spánkové obtíže a vyžadující specifickou léčbu (psychoterapie, analgezie, úprava probíhající léčby).
- Některé příčiny poruch spánku souvisí s prostředím (hluk, chlad, pracovní podmínky). Pokud se je podaří odhalit, je třeba pacienta přesvědčit, aby se pokusil změnit prostředí, spíše než začal užívat léky.
- Pokud je nekvalitní spánek způsoben nějakou nedávnou situací, je dobré pacienta uklidnit a podpořit jeho přesvědčení, že se situacelepší. V takovém případě je vhodné použít placebo nebo kvazi placebo, jako jsou herbální přípravky (např. kozlíkový čaj).
- Pokud spánkové obtíže přetrvávají, zvláště problémy s usínáním, je vhodné pacientovi vysvětlit základní fyziologické mechanismy spánku, aby pochopil souvislosti. Doporučení týkající se spánkové hygieny, fyzické aktivity během dne a kontroly podnětů (stimulů) může vést ke zřetelnému zlepšení (viz výše). I v tomto případě může být dostatečné placebo nebo bylinkový čaj.
- Pokud tato opatření nevedou ke zlepšení, je třeba s pacientem probrat možnost behaviorální terapie, nebo v některých případech i jiný typ psychoterapie.
- Pokud je farmakologická léčba nevyhnutelná, je třeba pacienta poučit o vlivu sedativ na denní bdělost, aby se snížilo riziko vzniku nehody.
- Krátkodobá léčba krátkodobě, nebo střednědobě působícími benzodiazepiny v minimální dávce je nejlepším způsobem jak posoudit léčbu. Taková léčba má akceptovatelný poměr přínosů a rizik, pokud je pacient upozorněn na možný rozvoj závislosti a poruch paměti. Další možností jsou antihistaminika, která však nesou riziko vzniku atropinových nežádoucích účinků.
- Pokud jsou benzodiazepiny předepsány, musí být vysazení terapie prodiskutováno s pacientem hned na počátku s uvedením možnosti rizika rozvoje příznaků z vysazení (zvláště úzkosti, obnovení nespavosti a náměšičnosti).
- U starších pacientů může být spánek přerušován potřebou močit. Měli bychom se u nich vyvarovat použití sedativ, u nichž je riziko pádů.
- Ještě důležitější je vyhnout se farmakoterapii u těhotných žen. Pokud je farmakologická léčba nevyhnutelná, je nejlepší možností příležitostně užívání doxylaminu, který by však neměl být užíván ke konci těhotenství. Benzodiazepinům je nutné se vyhnout v prvním trimestru a před koncem těhotenství. Pokud jsou benzodiazepiny předepisovány ženě v produktivním věku, je třeba ji upozornit na možné riziko vzniku vrozených vad při užívání přípravku v průběhu časného těhotenství, i když je riziko pravděpodobně velmi malé a slabě prokázané.

Citovaná literatura je dostupná na vyžádání na adrese: infs@sukl.cz

Postup, jakým jsou naše články připravovány: témata navržená redakční radou jsou zpracovávána vybranými odborníky z oboru a procházejí recenzí a event. dopracováním oponenty a redakční radou. Autor má možnost vlastního kritického pohledu, ale články reprezentují i názor redakční rady. Nadále proto nebudeme autory uvádět, v posledním čísle každého ročníku však naleznete souhrnné poděkování všem, kteří pro nás články do příslušného ročníku napsali. Podobně pracují i ostatní nezávislé lékové bulletiny (např. britský DTB), sdružené v Mezinárodní společnosti lékových bulletinů (ISDB), jejímž řádným členem jsou Farmakoterapeutické informace od roku 1996.

Farmakoterapeutické informace jsou vydávány Státním ústavem pro kontrolu léčiv a distribuovány jako příloha časopisu Tempus Medicorum a Časopisu českých lékárníků. Materiál publikovaný ve FI nemůže být používán pro žádnou formu reklamy, prodeje nebo publicity, ani nesmí být reprodukován bez svolení.

Šéfredaktor: MUDr. Marie Alušíková, CSc.

Odborní redaktoři: MUDr. Jana Mladá, MUDr. Martina Kotulková

Výkonný redaktor: RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.

Redakční rada: Doc. MUDr. Š. Alušík, CSc., IPVZ; PharmDr. M. Beneš, SÚKL; Doc. MUDr. J. Fanta, DrSc., ONP Příbram; Prof. MUDr. Z. Fendrich, CSc., FaFUK; RNDr. J. Kramlová, lékárna FN Motol; MUDr. J. Lye, Sante; MUDr. B. Seifert, praktický lékař; MUDr. H. Skalická, CSc., soukromý kardiolog; Prof. MUDr. T. Vaněk, CSc., FNKV; Prof. MUDr. J. Živný, DrSc., VFN.

Poradní sbor: Doc. MUDr. A. Hahn, CSc., FNKV; Doc. MUDr. K. Hynek, CSc., VFN; MUDr. M. Jirásková, CSc., VFN; Doc. MUDr. F. Perlík, CSc., VFN; Doc. MUDr. E. Růžičková, CSc., VFN; Prof. MUDr. J. Švihovec, DrSc., 2. LF UK; Doc. MUDr. P. Vavřík, CSc., VFN; MUDr. V. Vomáčka, FTN.

Náklad 52.000 výtisků

Korespondenci zasílejte na adresu: Redakce FI, Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10

Na internetu naleznete FI na domovské stránce SÚKL (www.sukl.cz).



ISSN 1211 – 0647
MK ČR E 7101