



Rubrika přináší učební texty určené celoživotnímu vzdělávání lékařů. Je připravována redakcí ve spolupráci a s garancí České neuropsychofarmakologické společnosti (akreditace ČLK č. 0011/16/2001). Cílem je poskytnout lékařské veřejnosti ucelený pohled na vybrané psychiatrické problémy z hlediska nejnovějšího vývoje oboru a umožnit zpětnovazební vyhodnocení didaktické účinnosti textu formou testů. Věříme, že tato korespondenční forma celoživotního vzdělávání lékařů bude pro většinu zájemců o kontinuální vzdělávání v psychiatrii užitečným pomocníkem.

prim. MUDr. Ivan Tůma, CSc.

## PORUCHY SPÁNKU U DĚTÍ A DOROSTU

### SLEEP DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

PETRA UHLÍKOVÁ

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

#### SOUHRN

Poruchy spánku u dětí a dorostu jsou poměrně časté, vyskytují se u 30 % dětí a dospívajících. Předpokladem úspěšné léčby je podrobná diagnostika, určení příčiny poruchy spánku a spolupráce rodiny dítěte. V léčbě poruch spánku u dětí a dorostu preferujeme nefarmakologické postupy.

**Klíčová slova:** poruchy spánku, dětská a dorostová psychiatrie

#### SUMMARY

Sleep disorders in children and adolescents are relatively frequent with prevalence of about 30 %. A thorough diagnosis with a determination of cause of insomnia as well as family cooperation are necessary for a successful treatment. Nonpharmacological approach is preferred for the treatment of sleep disorders in children and adolescents.

**Key words:** sleep disorders, child and adolescent psychiatry

Uhlíková P. Poruchy spánku u dětí a dorostu. Psychiatrie 2010; 14(2): 91-97.

#### Význam spánku a jeho poruch

Kvalitní spánek je nutný pro každodenní regeneraci schopností mozku provádět kognitivní činnost a řídit fungování celého organismu. Z tohoto hlediska je nejdůležitější spánek NREM. Spánek má význam pro synaptickou plasticitu, endokrinní řízení a imunitní kompetenci organismu. Chronická spánková deprivace bývá spojována s vyšším výskytem kardiálních příhod, kratším dožitím a výskytem obezity.

Podle výzkumů se poruchy spánku u dětí a dorostu vyskytují u 30 %, podle některých prací dokonce u 50 % dětí a jejich výskyt stoupá (Owens, 2005; Příhodová, 2006). Důsledkem poruch spánku u dětí mohou být poruchy chování, hyperaktivita, neklid, poruchy nálady. Zhoršují se kognitivní funkce, fungování paměti, schopnosti abstrakce,

soustředění, reakční čas, schopnost rozhodování, plánování a řešení. 36 % dětí s poruchami spánku má zároveň emoční nebo behaviorální problémy a naopak 15 % dětí s poruchami chování má poruchy spánku, lze najít i souvislost mezi určitou poruchou spánku a konkrétními projevy emočních poruch nebo poruch chování (Smejda et al., 2001). Studie z r. 2002 popisuje u poruch spánku v časném věku stoupající riziko vzniku poruchy chování, úzkostné poruchy nebo poruchy nálady v adolescenci (Gregory et al., 2002). Ospalé děti se projevují jako podrážděné, neklidné, impulzivní, někdy naopak plačtivé, lítostivé, emočně labilní, úzkostné. Někdy může být prvním signálem poruchy spánku zhoršení školního prospěchu. Důsledkem poruchy spánku u dítěte je v neposlední řadě také sekundární spánková deprivace rodičů (Příhodová, 2006).

Tabulka 1: Doba spánku v závislosti na věku.

Věk	Spánek celkem (hod.)	Spánek denní (hod.)
1 týden	16	8
1 měsíc	15	7
6 měsíců	14	4
12 měsíců	14	3
2 roky	13	2
3 roky	12	1
5 let	11	0
9 let	10	0
14 let	9	0
18 let	8	0

### Vývoj spánku

Od raného věku lze u dětí odlišit několik základních behaviorálních stavů, jejichž výskyt vykazuje určitou pravidelnost. Rozlišujeme tři stavy bdění a tři stavy spánku: aktivní bdění, bdění bez zaměřené pozornosti, fňukání a pláč, klidný spánek, který odpovídá NREM spánku, aktivní spánek (odpovídá REM spánku) a spánek nediferencovaný, přechodný. K diferencování jednotlivých period klidu a aktivity dochází v posledním trimestru gravidity. Odhad optimální doby spánku u dospělých je 7–8,5 hodin denně, u dětí se doba spánku vyvíjí s věkem (tab. 1). Zkrácení i prodloužení doby spánku je spojeno s vyšší morbiditou a mortalitou (Kripke et al., 2002). Donošený novorozenec bdí asi 6 hodin denně, bdění trvá maximálně několik desítek minut. Do konce třetího měsíce se ustálí 2–4hodinový cyklus příjmu potravy, který určuje střídání spánku a bdění. Po třetím měsíci života se diferencuje diurnální rytmus spánku a bdění s maximem spánku mezi 0,00–5,00 hodinou ranní. Velký význam na utvoření denního rytmu má výchovný vliv, především pravidelné uspokojování potřeb dítěte a odlišení denního a nočního rytmu. Většina kojenců nespí kontinuálně a během noci se opakovaně budí. Pokud dítě po probuzení pláče, může to vést k stížnostem rodičů na poruchy spánku, které jsou však fyziologickým projevem. V novorozeneckém věku převládá aktivní spánek (40 %) nad pasivním (25 % doby spánku), u kojence se poměr typů spánku převrací. Po 6. měsíci věku tvoří klidný spánek asi 60 % doby spánku. V dětství se doba spánku postupně zkracuje, denní spánek většina dětí opouští před nástupem školní docházky. Potřeba spánku se zvyšuje v období zvýšené zátěže, typicky v době dospívání a adolescence, kdy je současně s prodloužením doby spánku tendence k cirkadiánnímu posunu usínání do pozdních nočních hodin. Typický NREM spánek má vrchol v adolescenci, kdy tvoří 15–20 % doby spánku, s věkem jeho množství klesá. Schopnost dlouhého spánku ustupuje po 30. roce života (Hort, 2008; Nevšimalová a Šonka, 2007).

### Klasifikace poruch spánku

V mezinárodní klasifikaci nemocí MKN 10 jsou poruchy spánku zařazeny do kategorie F50-F59 – Behaviorální

syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Skupina F51 – Neorganické poruchy spánku, zahrnuje dyssomie, u nichž se převládající porucha týká množství, kvality nebo časování spánku (neorganická nespavost, neorganická hypersomie, neorganické poruchy rytmu spánek-bdění) a parasomie, které jsou charakterizovány jako abnormální epizodické události, ke kterým dochází během spánku (somnambulismus, noční děsy a noční můry). U všech poruch z této skupiny je vylučujícím kritériem přítomnost organické příčiny poruchy spánku (WHO, 2006).

Podle mezinárodní klasifikace poruch spánku z roku 2005 (ICSD-2) se poruchy spánku dělí na 7 základních skupin: insomnie, hypersomie, poruchy dýchání ve spánku, poruchy cirkadiální rytmiky, parasomie, abnormní pohyby během spánku, izolované příznaky/normální varianty (AASD, 2005). Pro běžnou klinickou praxi se dělí poruchy spánku na tři základní okruhy: poruchy spojené s nedostatečně dlouhým nebo nekvalitním spánkem (porucha spánku z naučených asociací, syndrom nočního ujídání, obstrukční spánková apnoe, syndrom neklidných nohou, poruchy cirkadiálního rytmu), hypersomie (narkolepsie), parasomie (somnambulismus, noční děsy, noční enuréza).

### Diagnostická kritéria

#### F51.0 Neorganická insomnie

- Obtížné usínání, časté probouzení nebo špatná kvalita spánku.
- Porucha spánku nejméně 3× týdně po dobu alespoň jednoho měsíce.
- Pacient se příliš zabývá nespavostí a příliš se stará o její důsledky v noci i ve dne.
- Neuspokojivé množství a kvalita spánku vyvolávají buď značnou tíseň, nebo narušují fungování jak sociální, tak profesionální.

#### F51.1 Neorganická hypersomie

- Nadměrná ospalost ve dne nebo záchvaty spánku, které neodpovídají adekvátnímu množství spánku, a/nebo prodloužený přechod k plně bdělému stavu při probouzení (spánková opilost).
- Vyskytuje se denně víc než jeden měsíc nebo se opakuje kratší dobu a vyvolává značnou tíseň, nebo narušuje sociální nebo profesní fungování.
- Nepřítomnost přidružených příznaků narkolepsie (katalepie, spánková obrna, hypnagogické halucinace) nebo klinických známek spánkové apnoe (noční zástava dechu, typické občasně zadržávání).
- Nepřítomnost jakékoli neurologické nebo jiné somatické poruchy, u níž může být ospalost symptomatická.

#### F51.2 Neorganické poruchy rytmu spánek-bdění

- Vzorec spánek – bdění je desynchronizován ve srovnání s žádoucím rytmem, tak jak je považován v dané společnosti za normální a sdílen většinou lidí ve stejném kulturním prostředí.
- Jedinec trpí insomnií během hlavní spánkové fáze a hypersomnií během fáze bdělosti, téměř denně po dobu aspoň jednoho měsíce nebo opakovaně po kratší období.
- Neuspokojivá kvantita, kvalita nebo časování spánku způsobuje značnou tíseň, narušuje sociální nebo profesní fungování.

**F 51.3 Somnambulismus (náměsíčnictví)**

- Opakované epizody vstávání z postele během spánku a procházení se, přicházející obvykle v první třetině spánku.
- Během epizody má postižený bezvýrazný strnulý obličej, relativně nereaguje na snahu ostatních ovlivnit tuto událost nebo komunikovat s ním, může být s obtížemi probuzen.
- Po probuzení má na epizodu amnézii.
- Do několika minut po probuzení z epizody se neprojevuje žádné zhoršení aktivity nebo chování, z počátku může být krátkodobě zmaten a dezorientován.
- Nepřítomnost organické duševní nebo somatické poruchy.

**F51.4 Noční děsy**

- Opakované epizody probuzení ze spánku s panickým křikem, které jsou charakterizované masivní úzkostí, neklidem, vegetativní hyperaktivitou.
- Trvají 1–10 minut a vznikají v první třetině spánku.
- Pacient zdánlivě nereaguje na snahy okolí ovlivnit noční děs, téměř vždy následuje několikaminutová dezorientace a stereotypní pohyby.
- Vzpomínka na událost je omezená.
- Nepřítomnost somatické poruchy.

**F51.5 Noční můry (úzkostné sny)**

- Probuzení ze spánku s živou vzpomínkou na děsivé sny, obvykle během druhé poloviny spánku.
- Po probuzení se jedinec orientuje.
- Zážitek snu a narušení spánku vyvolává značnou tíseň.

**Epidemiologie poruch spánku**

Chronickou nespavostí trpí 10–15 % populace, poruchami dýchání ve spánku je ohroženo 4–7 % mužů ve věku mezi 40–65 lety a 2 % žen téhož věku, nadměrná denní spavost se objevuje až u 5 % populace. Poruchy denního rytmu spánku a bdění jsou přítomny až u 7 % mladistvých a u značné části dospělých pracujících na směny. Poruchy nočních probouzení mechanizmů (parasomnie) postihují až 17 % dětí a přibližně 3–4 % dospělé populace. Ojedinelé epizody somnambulismu se vyskytují až u 30 % dětí, při postižení jednoho rodiče je pravděpodobnost výskytu u dítěte 45 %, při výskytu somnambulismu u obou rodičů je pravděpodobnost výskytu u dítěte až 60 %. Nejčastější je výskyt nočních můr, až u 75 % dětí ve věku 6–10 let a 2–8 % dospělých, nejméně častý je výskyt nočních děsů, 1–6,5 % dětí mezi 4.–12. rokem a 2 % dospělých. Nejčastější poruchou spojenou s abnormními pohyby ve spánku je syndrom neklidných nohou, který je přítomný u 5–15 % populace, jeho výskyt je častější u žen a stoupá s jejich věkem. Primární noční enuréza se vyskytuje u 10 % dětí v 6 letech, u 5 % v 10 letech a v 1–2 % v 18 letech věku.

**Symptomy poruch spánku u dětí a dorostu**

Příznaky poruch spánku u dětí a dorostu jsou ovlivňovány vývojem jedince a jejich význam je nutné chápat v kontextu vývojového období. Rada příznaků, které bychom v dospělosti považovali za patologii, mohou v určitém vývojovém období spadat do širší normy. Běžné, věku přiměřené chování pak může okolí dítěte nesprávně chápat jako chorobný příznak a nevhodným reagováním posilovat jeho přetrvávání. V prv-

ním roce života převládá aktivující REM spánek, jehož projevem může být časté probouzení kojence. Pláč dítěte, které někdy po probuzení prožívá věku adekvátní separační úzkost, může v pečující osobě vyvolat obavy a ty posilují úzkostnou reakci dítěte. V předškolním věku přibývají hluboká stádia NREM spánku a při jejich přechodu do REM spánku se mohou projevit časté noční můry, které s věkem ustupují. V adolescenci je fyziologická zvýšená potřeba spánku s posunem doby usínání do pozdějších hodin.

**Vyšetření poruch spánku u dětí a dorostu**

Vyšetření dítěte s poruchou spánku by měl provést v prvé řadě pediatr, základem vyšetření jsou anamnestické údaje: problémy při usínání, zvýšená denní spavost, noční probouzení, abnormní noční stavy (vstávání, chození, mluvení, emoční projevy, vegetativní doprovod), pravidelnost spánku, dýchání ve spánku (chrápání, zástavy dechu) a další okolnosti, které mají ke spánku vztah, jako např. podmínky, za kterých dítě usíná, doba ulehnutí, doba usnutí, činnost před spaním, hluk v okolí spícího dítěte, denní jídelní a pitný režim, příjem nápojů s kofeinem, u adolescentů konzumace stimulačních energetických nápojů a návykových látek atd. Vhodné je využít spánkový deník, který si rodiče dítěte nebo sám dospívající vede alespoň dva týdny. K dalším významným anamnestickým údajům patří informace o době trvání problémů, o vlivu na ostatní aktivity dítěte, zda porucha kolísá nebo je trvalá, v jakých situacích se zvyrazňuje, jaký je vliv problému na rodiče a další blízké osoby, jaké jsou představy rodiny o normálním spánku dítěte a jakou mají představu o řešení problému. Podrobnější vyšetření provádí neurologická pracoviště, k nejčastěji používaným metodám patří aktigrafie a polysomnografie. Její součástí je videomonitoring, záznam EEG, EMG svalů brady, elektrookulogram, registrace dýchacích parametrů, transkutánní symetrie, EKG a EMG svalů bérce (Příhodová, 2006).

**Poruchy spánku u dětí a dorostu v praxi dětského psychiatra**

V novorozeneckém věku se se skutečnými poruchami spánku setkáváme výjimečně, nejčastěji s tímto problémem přichází úzkostní rodiče nebo rodiče, kteří mají zkrácené představy o potřebách a fyziologických projevech dítěte v příslušném období vývoje. Užitečnou terapeutickou intervencí je v těchto případech edukace rodiny a úprava režimu. Vždy je ale nutné dítě podrobně vyšetřit a vyloučit organickou příčinu obtíží.

V kojeneckém věku je nejčastější insomnií porucha z naučených asociací při usínání, dítě je zvyklé usínat při krmení, v náručí rodiče, při houpání. K dalším častým příčinám poruch spánku může patřit temperament dítěte, poruchy výživy, nevhodná spánková hygiena, emoční klima v rodině nebo nedostatky ve vytvoření vazby dítěte a pečující osoby. V době objevení první dentice se může přechodně vyskytnout bruxismus. Jde o krátkodobou poruchu, která nebývá důvodem k terapeutické intervenci a postačí edukace rodičů.

V předškolním věku je spánek relativně stabilní a nespavost nebývá častá. Objevuje se porucha usínání a udržení spánku, jejíž příčinou je porucha režimu. Projevuje se prodlouženou dobou usínání, dítě vyžaduje přítomnost rodiče nepřiměřeně dlouho a často se po jeho odchodu probouzí. U syndromu

nočního ujíždání (upíjení) dítě vyžaduje při nočním probuzení z naučeného pocitu hladu nadměrné množství tekutiny (nad 350 ml). Asi 3 % předškolních dětí postihují noční děsy. Projevují se obvykle do tří hodin po usnutí úzkostným křikem a probuzením dítěte, provázeným tachykardií, zrychleným dýcháním, dítě bývá zpoceně, nelze je uklidnit ani probudit a po probuzení má zhoršenou orientaci, po uklidnění usne a na příhodu si ráno nepamatuje. Výskyt nočních děsů je nepředvídatelný, může je podpořit únava, stres, silné emoční prožitky. V předškolním a mladším školním věku se poměrně často vyskytuje somnambulismus. Podobně jako noční děsy se objevuje do tří hodin po usnutí, dítě odchází z lůžka, pohyby jsou nekoordinované, necílené. Pro léčbu obou poruch je obvykle dostačující poučení rodičů a zajištění bezpečného prostředí pro dítě. U 10–15 % dětí mezi třetím a šestým rokem se objevují noční můry. Jejich výskyt ovlivňují traumatizující události, proto jsou v léčbě upřednostňovány psychoterapeutické postupy. Až u 50 % dětí se objevuje somnilokvie (mluvení ze spánku). Idiopatická forma je považována za fyziologický projev, porucha však může provázet skutečné poruchy spánku, posttraumatickou stresovou poruchu nebo epilepsii, a pokud je spojena s pohybovou aktivitou, měla by být polysomnograficky vyšetřena. K poruchám předškolního a školního věku patří obstrukční spánkový apnoický syndrom, který se vyskytuje u 1–2 % dětí. Hlavními příznaky jsou chrápání, apnoické pauzy, opakované probuzení v důsledku aktivace při apnoické pauze, které vede k deprivaci spánku. Častou příčinou jsou adenoidní vegetace nebo zvětšení tonzil, méně častou výraznější obezita dítěte. K potvrzení diagnózy je nutné polysomnografické vyšetření ve spánkové laboratoři. V tomto věku se mohou začít projevovat příznaky narkolepsie: denní ospalost a ataky spánku, kataplexie, hypnagogické halucinace, spánková paralýza na začátku spánku. Podezření by mělo být důvodem k podrobnému vyšetření. Léčba je individuální, obvykle se využívá kombinace režimové a farmakologické terapie, která je v kompetenci dětského neurologa.

Typickou poruchou předškolního a školního věku je noční enuréza, podle klasifikace MKN-10 je řazena mezi jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a adolescenci (F98.0 neorganická enuréza), podle klasifikace ICD-2 je řazena mezi parasomnie (noční enuréza). V této klasifikaci je definovaná jako opakované pomočování během spánku po 5. roce věku častěji než dvakrát týdně. Při primární noční enuréze nebyl suchý interval delší než šest měsíců. Sekundární noční enuréza vzniká po suchém intervalu delším než šest měsíců a trvá nejméně tři měsíce. Děti s primární noční enurézou mají vyšší práh probuzení, menší funkční kapacitu močového měchýře, někdy se u nich objevují spontánní kontrakce detruzoru močového měchýře, u části dětí nedochází během noci k vzestupu hladin adiuretinu a následnému poklesu množství moči. Častěji vzniká tato porucha u dětí se spánkovou apnoí. Sekundární enurézu způsobují organické a psychické příčiny.

Mezi 10.–20. rokem věku se vyskytuje bruxismus s typickými projevy a důsledky: stereotypními pohyby úst, zatínáním a skřípáním zubů během spánku, poškozením chrupu a mandibulárního kloubu.

V dospívání se velmi často rozvíjí syndrom zpožděné fáze spánku, který je poruchou cirkadiálního spánkového rytmu. Až u 7 % bývá sdružen s psychiatrickými poruchami (ADHD, poruchy nálady). Společným podkladem psychiatrických poruch a zpožděné fáze spánku může být pravděpodobně porucha genů biologických hodin (Příhodová et al., 2009). Starší teorie uvádí jako příčinu poruchy cirkadiálního rytmu

v dospívání nedostatečnou spánkovou hygienu, kdy dospívající v rozporu s fyziologicky zvýšenou potřebou spánku hromadí během pracovního týdne spánkový dluh, který dospívá o víkend. K narušení vnitřního časování významně přispívá i páteční či sobotní absence nočního spánku u adolescentů, kteří se účastní celonočních hudebních a tanečních akcí, spojených s konzumací energetických nápojů a stimulancií. Důsledkem je velmi často porucha spánku, která se projevuje neschopností usnout v přiměřenou dobu, pozdním usínáním, často až v časných ranních hodinách, neschopností ráno vstát, denní únavou, nadměrnou denní spavostí a poruchou soustředění. V léčbě je metodou volby úprava spánkového režimu, dodržování zásad spánkové hygieny a obnovení nastavení vnitřního časování. Léčba je obvykle dlouhodobá, úprava doby uléhání a vstávání musí být postupná a dodržování režimu by mělo být důsledné, což adolescentům narušuje společenský i profesní život. Pokud nejsou ochotni upravit svůj denní a noční režim a dlouhodobě jej dodržovat, bývá farmakoterapie neúčinná. Dochází k rozvoji chronické spánkové deprivace se všemi důsledky, především negativním ovlivněním činnosti mozku (Horne, 1988). V poslední době jsou popisovány příznivé výsledky léčby poruch cirkadiálního rytmu melatoninem.

---

### Poruchy spánku spojené s jiným onemocněním

---

Z psychiatrických onemocnění se poruchy spánku nejčastěji vyskytují u psychotických, afektivních a návykových poruch. Příznaky těchto poruch u dětí nebývají vždy typické a porucha spánku může být prvním signálem nemoci. U psychotických poruch je častá spánková inverze, která v dospívání v době fyziologické změny spánkového rytmu může uniknout pozornosti. U dětských depresí nebývá časné probuzení, typické pro afektivní poruchy dospělého věku, ale jsou časté poruchy usínání, obtížné ranní probuzení a hypersomnie. U neurotických poruch dětského věku dominují nespecifické somatické příznaky, provázené poruchami spánku. Potíže s usínáním a neklidný spánek provází hyperkinetické poruchy, důsledky insomnie u dětí mohou naopak imitovat hyperkinetický syndrom. Spánkové poruchy se často vyskytují u somatických a neurologických onemocnění: epilepsie, gastroezofageálního reflexu, degenerativních poruch, spánkové apnoe, syndromu neklidných nohou a u všech onemocnění, která se projevují bolestí nebo pocity dyskomfortu, například svěděním u kožních a parazitárních onemocnění, které se akcentuje v teple po ulehnutí do lůžka.

---

### Terapie poruch spánku u dětí a dorostu

---

První podmínkou správné terapie dětských spánkových poruch je rozpoznání příčiny poruchy spánku. Pokud vyloučíme organickou příčinu a možnost léčby primární poruchy, je metodou volby úprava režimu dítěte za spolupráce rodiny a blízkého okolí. Významný je přístup rodičů k poruše spánku a volba takové strategie chování, která neposiluje u dítěte nežádoucí projevy. U dětí předškolního věku je důležitý přístup pečující osoby při ukládání dítěte ke spánku a nácvik samostatného usínání, které může v dítěti vyvolávat separační úzkost. Nadměrná a nepřiměřeně dlouho trvající úzkost dítěte může být důsledkem nesprávně vytvořené vazby s blízkou osobou, ale také přenesením úzkosti z nadměrně pečujícího okolí. V léčbě je důležitá edukace rodiny a jejich motivace ke

změně stavu, který nespavost dítěte udržuje. Nejvhodnější jsou psychoterapeutické postupy, které vychází z kognitivně behaviorální terapie a zaměřují se na změnu konkrétního chování dítěte i jeho okolí. Nezbytnou součástí terapie je edukace rodičů i pacienta, zaměřená zejména na zkrácené představy rodičů o kvalitě a průběhu spánku u dítěte. Velký význam má také dodržování pravidel spánkové hygieny: dostatečná, ale přiměřená denní aktivita, denní pitný a jídelní režim, u starších dětí a adolescentů omezení kofeinu a dalších aktivujících látek v pozdním odpolední a před usnutím, omezení velkých emočních prožitků před spaním, včetně počítačových her a televizních pořadů. Po uložení do vlastního lůžka by si dítě nemělo hrát ani se dívat na televizi. Místnost pro spaní by měla být vyvětraná, tichá, pokud dítě trvá na osvětlení, mělo by být tlumené. Usínání napomáhají navodit večerní rituály, které by neměly být ničím rušeny. Dítě by mělo mít jistotu, že rodič je nablízku pro případ potřeby. Při nočním probuzení by měl rodič klidně zjistit, co dítě potřebuje, a vyhovět mu v nezbytně nutné míře – nedávat jíst, při pocitu žízně dát napít malé množství neslazené tekutiny, nezačínat hru ani rozhovor, který nesměruje k opětovnému klidnému uložení dítěte do lůžka.

Farmakologické postupy v léčbě poruch spánku u dětí používáme zřídka (Hort, 2008; Hrdlička, 2008). Podle studií jsou nejužívanějšími léky pro léčbu poruch spánku v USA ve věku do 18 let antihistaminika, na druhém místě jsou alfa-2 adrenergní agonisté a melatonin, následují tricyklická antidepresiva, ostatní antidepresiva (trazodon), benzodiazepiny (klonazepam), rostlinné preparáty, málo častá jsou sedativní hypnotika (chloralhydrát) a atypická neuroleptika (risperidon) a nejméně používané jsou barbituráty a neuroleptika první generace (haloperidol) (Schnoes et al., 2006). V naší praxi vycházející z doporučených indikací jsou nejčastěji používaná antihistaminika, promethazin v dávce 12,5–25 mg na noc lze použít i pro děti předškolního věku. Druhou schválenou skupinou léků jsou tricyklická antidepresiva, pro vysoké riziko nežádoucích účinků, zejména kardiotoxicity a anticholinergních účinků se v praxi v současné době využívají především pro léčbu enurézy. Pro léčbu nespavosti lze podávat amitriptylin od 12 let v dávce 25 mg na noc, doxepin v dávce 25–50 mg na noc. Clomipramin má schválené indikace pro léčbu enurézy od 5 let věku. Modernější antidepresiva mají omezené indikace a většina z nich není určena pro léčbu dětí do 18 let, výjimkou je tianeptin, schválený pro děti od 15 let a fluoxetin pro děti od 8 let pro léčbu deprese, sertralin a fluvoxamin pro léčbu obsedantně kompulzivní poruchy. Paroxetin není doporučeno podávat do 18 let věku. Největší účinek na poruchy spánku má mianserin v dávce 10–30 mg/večer, jeho podávání je indikováno u dlouhodobých nespavostí spojených s depresí (Hrdlička, 2008). Použití léků ze skupiny SSRI, SNRI pro léčbu nespavosti v dětském věku by mělo být výjimečné a pokud je nutné, mělo by vycházet ze znalosti farmakokinetiky a farmakodynamiky dětského a dorostového věku. Některé práce doporučují jejich využití u parasomnií k redukci hloubky spánku (Remschmidt et al., 2008). U psychických poruch provázených neklidem, agresivitou, poruchami chování lze k úpravě spánkového režimu využít nízké večerní dávky neuroleptik, nejčastěji podáváme risperidon v dávce do 1 mg na noc, byly publikovány kazuistiky popisující dobrý efekt quetiapinu u adolescentů s poruchami chování. Novinkou v léčbě poruch spánku je podávání melatoninu, přirozeného hormonu produkovaného epifýzou. Zatím není dostatek studií, které by vedly ke

schválení jeho podávání dětem do 18 let, ale studie popisují velmi dobrý efekt u adolescentů s poruchou cirkadiálního rytmu, u dětí zejména s vývojovými poruchami zlepšuje usínání. Jsou známy pozitivní zkušenosti u dětí s mentální retardací, poruchami autistického spektra, hyperkinetickými poruchami (ADHD) a epilepsií (Bedz et al., 2010; Coppola et al., 2004; Gregory et al., 2002; Miano et al., 2010). Nevýhodou podávání melatoninu je poměrně vysoká cena, kterou stejně jako u dalších hypnotik nehradí zdravotní pojišťovna, a nutnost dlouhodobého podávání, po kterém ale efekt přetrvává týdny až měsíce. Největší výhodou je skutečnost, že se nejedná o látku návykovou.

### Závěr

Poruchy spánku u dětí a dospívajících představují heterogenní skupinu s různou závažností, průběhem a prognózou. Vždy je nutné podrobné vyšetření dítěte zaměřené zejména na vyloučení organické příčiny poruchy spánku nebo rozvíjejícího se psychiatrického onemocnění. V léčbě poruch spánku u dětí a dospívajících preferujeme psychoterapeutické postupy zaměřené na úpravu režimu a dodržování zásad spánkové hygieny. Farmakologické intervence lze využít krátkodobě nebo v případech poruchy spánku, která provází jiné závažné onemocnění, jehož projevy nebo důsledky sekundárně narušují spánek.

MUDr. Petra Uhlíková  
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN  
Centrum dorostové a vývojové psychiatrie  
Ke Karlovu 11  
128 08 Praha 2

Do redakce došlo: 5. 5. 2010  
K publikaci přijato: 12. 5. 2010

### LITERATURA

- American Academy of Sleep Disorders. International classification of sleep disorders, 2nd ed.: Diagnostic and coding manual. Westchester, Illinois, American Academy of Sleep Disorders 2005.
- Bedz LM, Scates AC. Melatonin treatment for insomnia in pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Ann Pharmacother*. 2010 Jan; 44(1):185-91.
- Coppola G, Iervolino G, Mastrosimone M, La Torre G, Ruiu F, Pascotto A. Melatonin in wake-sleep disorder in children, adolescents and young adults with mental retardation with or without epilepsy: a double-blind, cross-over, placebo-controlled trial. *Brain Dev*. 2004 Sep;26(6):373-6.
- Gregory AM, O'Connor TG. Sleep Problems in Childhood: A Longitudinal Study of Developmental Change and Association With Behavioral Problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002;41(8):964-971.
- Horne JA. Why we sleep – the fiction of sleep in humans and other mammals. Oxford: Oxford university press, 1988.
- Hort V. Poruchy spánku. In Hort et al.: Dětská a adolescentní psychiatrie, Portál, 2008. str. 356-364, kap. 11.2.
- Hrdlička M. Terapie v dětské a dorostové psychiatrii. In Hort et al: Dětská a adolescentní psychiatrie, Portál, 2008, str. 428-429, kap. 13.1.4 Hypnotika.

Kripke DF, Garfinkel L, Wingard DL, Klauber MR, Marler MR. Mortality associated with sleep duration and insomnia. *Arch Gen Psychiatry* 2002;99:131-136.

Miano S, Ferri R. Epidemiology and management of insomnia in children with autistic spectrum disorders. *Paediatr Drugs*. 2010 Apr 1;12(2):75-84.

MKN-10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. WHO. PCP, 2006. 251 s.

Nevšimalová S, Šonka K. Poruchy spánku a bdění. Galen, 2007. 345 s.

Owens J. Epidemiology of sleep disorders during childhood. In Sheldon SH, Ferber R, Kryger MH. Principles and practice of pediatric sleep medicine. Elsevier Saunders 2005:27-33.

Příhodová I. Poruchy spánku v pediatrické praxi. *Pediatric pro praxi* 2006;5:276-280.

Příhodová I, Kemlink D, Nevšimalová S. Zpožděná fáze spánku a psychiatrické poruchy. XV. Opaňanské dny, souhrn přednášek, Opaňany, 18. 9. 2009:9.

Remschmidt H et al. *Kinder-und Jugendpsychiatrie*. Thieme, Stuttgart, 2008:177-178.

Schnoes CJ., Kuhn BR, Workman EF, Ellis CR: Pediatric prescribing practices for clonidine and other pharmacologic agents for children with sleep disturbance. *Clin Pediatr*. 2006;45:229-238.

Smejde H, Broman JE, Hetta J. Associations between disturbed sleep and behaviour difficulties in 635 children aged six to eight years: a study based on parents' perceptions. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2001;10:1-9.