

Spánek jako klinická veličina: měřit, interpretovat, léčit

Spánek bývá v každodenní klinické praxi stále často vnímán jako pasivní část dne nebo jako nespecifický doprovodný příznak. Ve skutečnosti jde o dynamický biologický proces, který ovlivňuje regeneraci, hormonální a kognitivní funkce, vnímání symptomů i schopnost nemocného zvládat chronické onemocnění. Tři články tohoto čísla Vnitřního lékařství ukazují spánek z rozdílných, ale vzájemně se doplňujících perspektiv: jako objekt přístrojového měření, jako samostatný terapeutický cíl u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí a jako jeden z předpokladů sportovního výkonu.

Rozsáhlý přehled Tomáše Krejčího a spoluautorů připomíná, jak rychle se česká spánková medicína posunula od laboratorní polysomnografie k přenosným a domácím systémům. Polysomnografie zůstává referenční metodou, avšak technicky adekvátní domácí testování může u správně vybraných pacientů zvýšit dostupnost péče a snížit její náročnost. Zásadní přitom není počet zaznamenaných kanálů ani atraktivita konkrétní technologie, ale soulad zvolené metody s klinickou otázkou. Domácí vyšetření bez EEG může podhodnotit tíži obstrukční spánkové apnoe, automatické skórování vyžaduje odbornou kontrolu a jednoduchý screening nesmí být zaměňován za definitivní diagnózu. Moderní diagnostika proto není pouze otázkou přístroje, ale také kvality signálu, validace algoritmů, správné indikace a kvalifikované interpretace.

Stejný princip – technologie má podporovat, nikoli nahrazovat klinické uvažování – je patrný v článku věnovaném nespavosti u CHOPN. Insomnie zde není pouhým synonymem „špatného spánku“ ani automatickým důsledkem dušnosti. Je samostatnou poruchou spánku a bdění, jejíž vznik obvykle podmiňuje souběh nočních respiračních příznaků, hypoxemie či hyperkapnie, poruch dýchání ve spánku, komorbidit, psychických obtíží, medikace a udržujících behaviorálních mechanismů. Diagnóza je především klinická a vyžaduje odlišit insomnii od denní únavy, nadměrné spavosti, nízké spánkové efektivity nebo overlap syndromu. Léčbou první volby je kognitivně-behaviorální terapie nespavosti spolu s optimalizací terapie CHOPN a přidružených onemocnění.

Farmakoterapie může mít své místo, ale pouze individualizovaně, časově omezeně a se zvláštní opatrností při hyperkapnii, neléčené spánkové apnoe, současném užívání opioidů a u křehkých seniorů.

Přehled Markéty a Elišky Sovových o spánku a sportovním výkonu ukazuje druhý pól stejného kontinua. Zde nejde primárně o léčbu nemoci, ale o zachování fyziologické rezervy a schopnosti adaptace. Nedostatek nebo fragmentace spánku zhoršují fyzický i mentální výkon, regeneraci a přesnost motorických dovedností a jsou spojeny s vyšším rizikem zranění. Význam získává chronotyp, načasování tréninku, cestování přes časová pásma, kofein, alkohol i prostředí, ve kterém sportovec spí. Také v této populaci mají dotazníky, aktigrafie a nositelná elektronika své místo především ve screeningu a dlouhodobém sledování; při podezření na skutečnou poruchu spánku je však nutné standardní odborné vyšetření. Optimalizace spánku by proto měla být součástí tréninkového procesu stejně samozřejmě jako plánování zátěže a regenerace.

Společným poselstvím všech tří textů je potřeba přestat chápat spánek jako okrajové téma. Pro lékaře by měla být spánková anamnéza přirozenou součástí vyšetření pacienta s nočními obtížemi, denní únavou či spavostí, zhoršeným fungováním nebo neuspokojivě kontrolovaným chronickým onemocněním. Je třeba rozlišovat subjektivní kvalitu spánku od objektivních parametrů, screening od diagnózy a sedaci od skutečné léčby insomnie. Budoucnost spánkové medicíny nebude stát jen na citlivějších senzorech a sofistikovanějších algoritmech, ale především na propojení objektivních dat, pacientovy zkušenosti a klinického kontextu. Spánek je měřitelný, ovlivnitelný a klinicky významný – a právě proto si zaslouží pevné místo ve vnitřním lékařství.

prof. MUDr. Milan Sova, Ph.D.

přednosta Kliniky nemocí plicních a tuberkulózy FN Brno