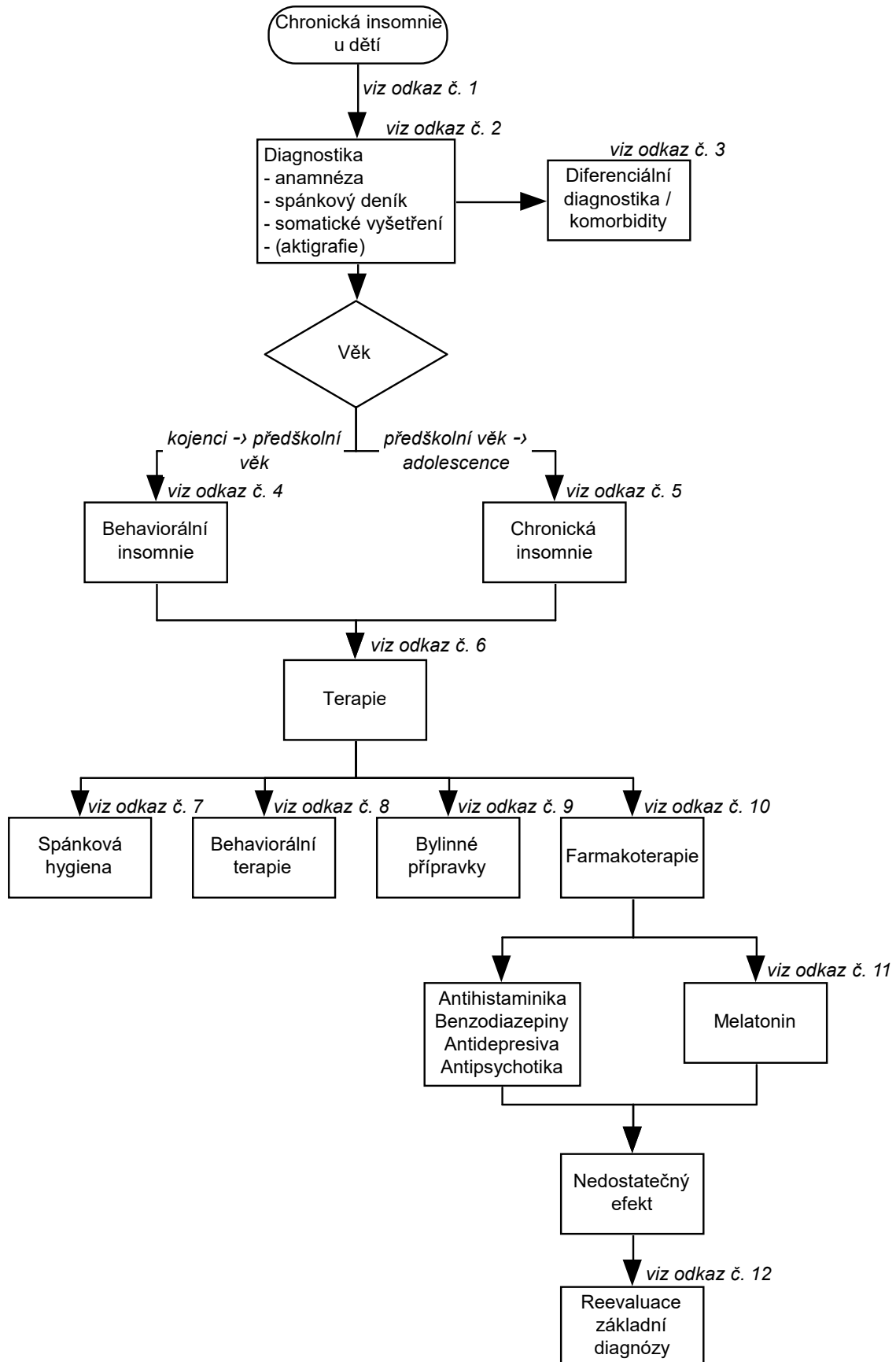


DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018



Chronická insomnie v dětském věku



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

Komentář k algoritmu

Chronická insomnie v dětském věku

Autor: Iva Příhodová

Garant: Iva Příhodová

Oponent: Petra Uhlíková

Odkaz č. 1

*Diagnózu chronické insomnie specifikují kritéria DSM-5 (1) a Mezinárodní klasifikace poruch spánku, 3. verze (ICSD-3) (2). Podle ICSD 3 je nutný ≥ 1 příznak z obou skupin: **A.** 1. potíže s usínáním 2. potíže s udržení spánku 3. předčasné ranní probuzení a zkrácená doba spánku 4. odpor k ulehání v pravidelnou dobu 5. k usnutí a nepřerušovanému spánku je nutná přítomnost nebo asistence rodiče **B.** 1. únava, ospalost 2. porucha soustředění, pozornosti, paměti 3. narušení školní nebo pracovní výkonnosti, sociálních vztahů, rodinného života 4. změna nálady, podrážděnost 5. denní spavost 6. změny v chování (hyperaktivita, impulzivita, agresivita) 7. snížení motivace, energie nebo iniciativy 8. tendence k chybám nebo úrazům 9. obavy spojené se spánkem, pocit nekvalitního spánku. Potíže trvají ≥ 3 /týden po dobu ≥ 3 měsíce. Kritéria podle DSM-5 viz insomnie dospělých, odkaz 11,12.*

IV-expertní názory, klinická zkušenost

Odkaz č. 2

Základem diagnostiky je podrobná anamnéza, spánkový deník po dobu nejméně 2 týdnů, somatické vyšetření. Pokud je dostupné, lze využít aktigrafické vyšetření. Polysomnografie není indikována. Základní údaje: spánkový režim (čas a délka usínání, noční probouzení, délka spánku, asociace spojené s usínáním), denní projevy spánkové deprivace (viz výše, bod B), komorbidní onemocnění (3). Anamnéza je zaměřena také na rodiče (projevy deprese, úzkosti, nereálné představy o spánku) a prostředí ke spánku. Diagnózu insomnie lze stanovit od 6. měsíce věku.

IV-expertní názory, klinická zkušenost

Odkaz č. 3

Diferenciální diagnostika zahrnuje jiné poruchy spánku (syndrom neklidných nohou, pozděnou fázi spánku, syndrom insuficientního spánku, spánkovou apnoe), psychiatrická nebo somatická onemocnění, užívání návykových látek. V diferenciální diagnostice insomnie malých dětí je nutno zvažovat především alergická onemocnění a gastroesofageální reflux. Vysoký výskyt poruch spánku je u neurovývojových poruch a poruch nálady (4). Insomnie může být součástí klinického obrazu těchto chorob, ale také samostatným komorbidním onemocněním (viz insomnie dospělých, odkaz 3).

Odkaz č. 4

U malých dětí (kojenci až předškolní děti) převažuje behaviorálně podmíněná insomnie. Je důsledkem nesprávného spánkového režimu a výchovných postojů rodičů. Porucha spánku

Chronická insomnie v dětském věku



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

z naučených asociací při usínání je častá u kojenců a batolat. Usínání je spojeno s podmínkami, které jsou výrazně problematické anebo náročné. Pokud tyto podmínky nejsou splněny, je nástup spánku podstatně oddálen nebo je spánek přerušovaný. K večernímu usnutí a během nočních probuzení je nutná asistence rodiče. Porucha spánku z nedostatku režimu se vyskytuje u batolat a předškolních dětí. Dítě oddaluje spánek, odmítá ulehnout, protože rodič nestanoví jednoznačná a neměnná režimová pravidla (2).

Odkaz č. 5

ICSD-3 neuvádí již jednotlivé podtypy insomnie se zdůvodněním, že faktory, které se podílejí na insomnii, se často kombinují a přesné rozlišení je v praxi obtížné. Zejména u školních dětí a dospívajících se na insomnii podílí nepřiměřená spánková hygiena, úzkosti a obavy vázané na spánek (2).

Odkaz č. 6 (max. 550 znaků)

Výběr terapeutického postupu závisí na věku dítěte, tíži nespavosti, hlavních příčinných faktorech. Základním opatřením v terapii je dodržování pravidel spánkové hygieny, ale jako samostatné opatření je obvykle nedostatečně účinné, proto je kombinováno s behaviorálními technikami, podáváním herbálních produktů a farmakoterapií (3).

IV-expertní názory, klinická zkušenost

Odkaz č. 7 (max. 550 znaků)

Pravidelná doba uléhání a usínání.

Naučit dítě usínat samostatně, bez přítomnosti rodičů od kojeneckého věku.

Vhodné prostředí ke spánku. V ložnici dítěte nemá být televize ani počítač.

Příprava na spánek 20-45 minut zahrnuje sled uklidňujících a příjemných činností.

Večeře 2 hodiny před spaním. Hodinu před spaním nemá být intenzivní fyzická, psychická aktivita, sledování televize, počítače, mobilního telefonu. Žádné stimulační látky ve druhé polovině dne.

Denně fyzická aktivita, přiměřená expozice dennímu světlu.

Podporovat denní spánek do předškolního věku (5).

IV-expertní názory, klinická zkušenost

Odkaz č. 8

Behaviorální techniky jsou léčbou první volby. U malých dětí jsou založeny na operantním podmiňování (posilování žádoucího chování). U behaviorální insomnie je doporučována řada technik k navození samostatného usínání- nejúčinnější je metoda extinkce (vyhasínání odpovědi) a edukace rodiče o správném spánkovém režimu.

Další účinné metody: postupná extinkce, postupná extinkce s přítomností rodiče, postupné posunování času usnutí s pozitivním večerním rituálem a programovaná probuzení (6,7).

U školních dětí a dospívajících psychoterapeutické postupy podobně jako u dospělých. Behaviorální terapie je účinná zejména u malých dětí (do 5 let věku), kde dosahuje střední



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

úrovně evidence. Pro školní děti, dospívající a děti s jiným základním onemocněním (neurovývojovým, somatickým) je úroveň evidence nízká (8).

II- kvalitní, kvaziexperimentální deskriptivní studie

Odkaz č. 9 (max. 550 znaků)

Bylinné, volně prodejné prostředky (kozlík, heřmánek, kava, levandule) se podávají obvykle na žádost rodičů. U kozlíku a heřmánku byl patrný hypnogenní účinek bez nežádoucích vedlejších účinků. Účinnost a bezpečnost dlouhodobého podávání není však u většiny herbálních přípravků známa (9).

III-ostatní studie korelační, případové

Odkaz č. 10

Na zahájení farmakoterapie u dětí nejsou doporučené postupy. Žádný lék není pro terapii insomnie u dětí schválen. Volba léku závisí na věku dítěte, komorbidních onemocněních, na zkušenostech a preferencích lékaře. Farmakoterapii lze použít na podporu režimových a behaviorálních opatření při výrazné insomnii, při nedostatečném efektu nebo neúčinnosti těchto opatření. U malých dětí se používají antihistaminika I. generace, benzodiazepiny, u starších školních dětí a dospívajících je kromě těchto léků uváděno použití zolpidemu, antidepresiv (mirtazapinu, trazodonu), gabapentinu a antipsychotik (risperidonu, quetiapinu). Není dostatek informací o účinnosti, snášenlivosti a bezpečnostním profilu léků používaných v praxi pro léčbu dětské insomnie. Použití má být krátkodobé (délka není určena) s monitorováním efektu a nežádoucích účinků (3,10).

IV-expertní názory, klinická zkušenost

Odkaz č. 11

Melatonin prokazoval nejdříve efekt v terapii insomnie dětí s jiným základním onemocněním (především psychiatrickým a neurologickým) (11,12). V současnosti je nejčastěji podávaným lékem u dětské insomnie i bez komorbidních onemocnění a je považován za účinný a bezpečný při krátkodobém podávání. I když bezpečnost dlouhodobého podávání není jednoznačně ověřena, studie trvající 3-4 roky zaznamenaly nežádoucí účinky. Dávka se pohybuje obvykle mezi 0,5-6 mg (u neuropsychiatrických onemocnění až 12 mg). Není jednoznačná shoda na dávkovacím schématu. Aktuální doporučení uvádějí v indikaci hypnotika dávku 1-3 mg 30 minut před usnutím (13). Jiné doporučované dávkování u chronické dětské insomnie je 0,05 mg/kg 1-2 hodiny před spaním (14). V indikaci chronobiotika při zpoždění spánkové fáze se doporučuje podání 3-4 hodiny před aktuální dobou usnutí v dávce 0,2-0,5 mg s postupným zvyšováním podle efektu do 3 mg (maximálně 5 mg u dospívajících) (13). Léčba má trvat nejméně 4 týdny, doporučená celková délka terapie není stanovena. Předpokládá se, že podávání melatoninu je bezpečné již v kojeneckém věku (od 6 měsíce) (13).

II- kvalitní, kvaziexperimentální deskriptivní studie

Odkaz č. 12

Opakované hodnocení terapie, reálné cíle a očekávání rodičů. Přehodnocení diagnózy.



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

Reference (max. 2000 znaků)

1. American Psychiatric Association: DSM-5. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. První české vydání. Hogrefe-Test Centrum, Praha 2015, strana 382-388 - NUTNO odkaz sjednotit v celé publikaci
2. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
3. Bruni O, Angriani M. Pediatric insomnia. In: Nevšimalová S, Bruni O. Sleep disorders in children. Springer 2017: 155-184.
4. Silvestri R, Aricó I. Sleep in children with psychiatric and behavioral problems. In: Nevšimalová S, Bruni O. Sleep disorders in children. Springer 2017: 389-404.
5. Příhodová I. Nespavost. In: Příhodová I, Poruchy spánku u dětí a dospívajících. Farmakoterapie pro praxi, Praha: Maxdorf 2013: 45-57.
6. Meltzer LJ. Clinical management of behavioral insomnia of childhood: treatment of bedtime problems and night awakenings in young children. Behav Sleep Med 2010; 8(3):172-89.
7. Tikotzky L, Sadeh A. The role of cognitive- behavioral therapy in behavioral childhood insomnia. Sleep Med 2010; 11(7):686-91.
8. Meltzer LJ, Mindell JA. Systematic review and meta-analysis of behavioral interventions for pediatric insomnia. J Pediatr Psychol 2014;39:932-4
9. Owens JA, Babcock D, Blumer J, Chervin R, Ferber R, Goetting M et al. The use of pharmacotherapy in the treatment of pediatric insomnia in primary care: Rational approaches. A consensus meeting summary. J Clin Sleep Med 2005;1:49-59. 10. Mindell JA, Emslie G, Blumer J, Genel M, Glaze D, Ivanenko A, Johnson K., Rosen C, Steinberg F, Roth T, Banas B. Pharmacological management of insomnia in children and adolescents: coinsensus statement. Pediatrics 2006; 117(6): e1223-32.
11. Phillips L, Appleton RE. Systematic review of melatonin treatment in children with neurodevelopmental disabilities and sleep impairment. Dev Med Child Neurol 2004; 46(11):771-75.
12. Appleton RE, Jones AP, Gamble et al. The use of melatonin in children with neurodevelopmental disorders and impaired sleep: a randomised, double-blind, placebo-controlled, parallel study (MENDS). Health Technol Assess 2012; 16 (40):i-239.
13. Bruni O, Alonso-Alconada D, Besag F, Biran V, Braam W, Cortese S, Moavero R, Parisi P, Smits M, Van der Heijden K, Curatolo P. Current role of melatonin in pediatric neurology. Clinical recommendations. Eur J Paediatr Neurol 2015; 19(2):122-3.
14. van Geijlswijk IM, van der Heijden KB, Egberts AC, Korzilius HP, Smits MG. Dose finding of melatonin for chronic idiopathic childhood sleep onset insomnia: an RCT. Psychopharmacology 2010; 212:379-91.