

Nie możemy zrezygnować ze snu. Musimy więc lepiej o niego zadbać

Problemy ze snem są dziś uważane za jedną z chorób cywilizacyjnych. W ciągu ostatnich stu lat czas poświęcony na sen skrócił się średnio o około półtorej godziny, a Polacy należą do najbardziej bezsennych narodów w Europie. Bezsenność stanowi trzecią najczęstszą przyczynę dolegliwości, z którymi do lekarzy zgłaszają się pacjenci – po bólach głowy i dolegliwościach ze strony układu pokarmowego.

– Zaburzenia snu to szerokie pojęcie, obejmujące wiele jednostek chorobowych. W krajach rozwiniętych najczęstszą jest bezsenność: ponad 10 proc. ludności choruje na bezsenność przewlekłą – mówi prof. dr hab. n. med. Adam Wichniak, kierownik III Kliniki Psychiatrycznej i Ośrodka Medycyny Snu, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. I dodaje: – Dziś zaburzenia snu to problem wynikający nie tylko z uwarunkowań medycznych, ale też z przyczyn o charakterze cywilizacyjnym. Przed erą rozmaitych wynalazków ułatwiających ludziom życie, żyliśmy w pełnej zgodzie z naturą. Noc była porą snu, a dzień czasem pracy, głównie na zewnątrz i w ruchu. Kiedy Edison w 1879 roku stworzył żarówkę, granice między dniem a nocą zaczęły się zacierać. Sam twierdził przy tym, że może spać cztery godziny na dobę i taka ilość snu całkowicie mu wystarcza.

Tymczasem, jak podkreślają eksperci zajmujący się kwestią snu, jest on jedną z najważniejszych potrzeb fizjologicznych człowieka. Śpimy, aby organizm mógł się zregenerować i nabrać sił do ponownej aktywności w ciągu dnia. Każde zaburzenie rytmu okołodobowego, czyli regularnych następstw czuwania i snu, jest dla organizmu szkodliwe. Życie naszych przodków w zgodzie z naturalnym cyklem dobowym sprawiało, że ich rytm był uregulowany i stabilny. Natomiast ludzie współcześni, korzystając ze zdobyczy nowoczesnego świata, zupełnie go sobie rozregulowali.

– Rytm okołodobowy przed wiekami był w pełni „dostrojony” do naturalnego światła, a życie człowieka było dostrojone do tegoż rytmu – wyjaśnia prof. Wichniak. – Nasi przodkowie żyli „na zewnątrz”, my przenieśliśmy nasze życie „do wewnątrz”, a w układaniu planu dnia ów naturalny rytm często postrzegamy wręcz jako przeszkodę.

Ekspert zwraca też uwagę, że mało się ruszamy i pracujemy do późna w nocy, narażając organizm na szkodliwe działania światła niebieskiego, które emitują ekrany telewizorów, komputerów czy smartfonów. Wieczorna ekspozycja na takie światło znacznie nasila problemy ze snem. A przecież z urządzeniami tymi często nie rozstajemy się, nawet będąc już w łóżku, nierzadko też wykonujemy wówczas ostatnie zadania związane z pracą.

Tymczasem **łóżko powinno służyć wyłącznie do spania i seksu**. Należy też zadbać o odpowiednie warunki do snu: **w sypialni powinno być ciemno, cicho i chłodno** – temperatura nie powinna przekraczać 16–19 stopni °C. Z drugiej strony, należy **uniknąć jedzenia tuż przed porą snu**. A nie jest to rzadki problem. Już u kilkunastu procent osób w populacji występują objawy tzw. zespołu jedzenia nocnego (*nocturnal eating syndrom*), który może być jedną z przyczyn zaburzeń snu. A im dłużej się czuwa i opóźnia porę snu, tym trudniej oprzeć się głodowi, i w efekcie tym więcej kalorii spożywamy.

Rozregulowaliśmy własny sen

– Ogólny wniosek jest więc taki, że sami w dużej mierze zapracowaliśmy na problemy ze snem – zauważa prof. Wichniak. – To nasz niezdrowy styl życia i jego konsekwencje stanowią dziś główne przyczyny rozwoju bezsenności i przewlekłego niedoboru snu. Sami „dbamy” o to, by nasz rytm okołodobowy był zaburzony, a wszystko zaczyna się już od najmłodszych lat szkolnych. W dni szkolne dzieci cierpią na niedobór snu, który muszą odsypiać w dni wolne od szkoły. A brak stałej pory wstawania rano osłabia rytm snu. W efekcie problemy ze snem występują u coraz młodszych osób, a po 50–60. roku życia stały się wręcz normą.

Jak zwraca uwagę ekspert, jest jeszcze jeden aspekt rozregulowania rytmu okołodobowego: zaburzenia snu skutkują nie tylko złym samopoczuciem, ale też zaburzeniami fizjologii całego organizmu, np. gospodarki hormonalnej.

Dotyczy to także wydzielania melatoniny – neurohormonu, który pełni funkcję wewnętrznego zegara biologicznego. W normalnych okolicznościach początek wydzielania melatoniny rozpoczyna się o zmierzchu, a kończy rano. Produkcja melatoniny zaczyna jednak dramatycznie spadać wraz z wiekiem, już mniej więcej około 50. roku życia. Jej wydzielenie jest także silnie hamowane przez światło elektryczne.

Najpierw leczenie bez pigułek

Wiele osób doświadczających problemów ze snem wybiera najprostsze, ale zarazem najbardziej ryzykowne rozwiązanie: tabletkę nasenną. Nie tędy jednak droga. Pigułki łatwo zacząć przyjmować, ale później zdecydowanie trudniej się od nich odzwyczaić.

– Aktualne zalecenia dotyczące leczenia bezsenności są takie, by każdy dorosły pacjent z problemami ze snem w pierwszej kolejności i jako podstawę leczenia otrzymywał terapię poznawczo-behawioralną – mówi prof. Adam Wichniak. – Dopiero kiedy takie formy nie przynoszą pożądaných efektów, można sięgnąć po metody farmakologiczne.

Wśród nefarmakologicznych metod zwalczania bezsenności znajdują się przede wszystkim: technika ograniczania snu, technika kontroli bodźców, trening relaksacyjny, redukcja lęku przed bezsennością oraz poprawa higieny snu.

Również w leczeniu farmakologicznym dysponujemy szerokim wachlarzem możliwości w postaci różnych substancji czynnych. Należą do nich m.in. pochodne benzodiazepiny,

niebenzodiazepinowe leki nasenne, leki przeciwdepresyjne, przeciwhistaminowe czy antagoniści receptorów oreksynowych. Przy wyborze leku należy brać pod uwagę, czy planowana terapia będzie krótkotrwała czy też dłuższa, przewlekła.

Wśród leków na bezsenność szczególne miejsce zajmuje melatonina, polecana zwłaszcza osobom starszym. Jest to substancja skuteczna i bezpieczna, dostępna zarówno jako lek na receptę (w dawce 2mg), o powolnym uwalnianiu, jak i jako lek OTC (2–5 mg) o szybkim uwalnianiu. Melatonina przyspiesza zasypianie i poprawia jakość snu.

Melatonina o przedłużonym uwalnianiu jest najbezpieczniejszą formą terapii, zwłaszcza u osób starszych. Nie ma silnego działania sedatywnego, nie wykazuje też działania cholinolitycznego, adrenolitycznego i przeciwhistaminowego, dzięki czemu ryzyko upadków lub nasilenia zaburzeń somatycznych, np. schorzeń układu krążenia lub oddechowego¹, jest zminimalizowane. Ponadto nie powoduje przyrostu masy ciała, co może nastąpić w przypadku dłuższego stosowania leków o działaniu przeciwhistaminowym.

Również ryzyko negatywnego wpływu na poranną sprawność psychoruchową przy terapii melatoniną o przedłużonym uwalnianiu jest najniższe spośród wszystkich leków stosowanych w leczeniu bezsenności. Co więcej, melatonina o przedłużonym uwalnianiu nie uzależnia, nie rozwija też tolerancji organizmu na swoje działanie, nawet przy długotrwałym stosowaniu. Szczególnie u osób po 55. roku życia, kiedy następuje znaczny spadek wydzielania melatoniny, a jednocześnie coraz ważniejsze staje się bezpieczeństwo przyjmowanych leków, zwłaszcza u osób obciążonych chorobami somatycznymi, jako leczenie pierwszego wyboru w zaburzeniach snu warto rozważyć właśnie melatoninę o przedłużonym uwalnianiu².

– Leczenie bezsenności powinno być dopasowane do pacjenta, do jego wieku i stylu życia – podkreśla prof. Wichniak. – Innymi słowy, powinno być spersonalizowane. Ma to szczególne znaczenie u pacjentów starszych, u których farmakologiczne terapie zaburzeń snu wiążą się z większym ryzykiem skutków ubocznych, zwłaszcza upadków i wypadków.

Idealny lek na bezsenność?

– Niestety, perfekcyjnego leku do terapii zaburzeń snu na razie nie ma. – konkluduje prof. Adam Wichniak. I dodaje: – Wiemy jednak, jaki ten lek powinien być: powinien szybko działać, skutecznie indukować i podtrzymywać sen, a przy tym zachować jego naturalny profil. Jednocześnie taka substancja nie powinna wpływać na sprawczość w ciągu dnia ani wykazywać niepożądanych działań ubocznych czy interakcji z innymi lekami. Idealny lek nie

¹ Wichniak A. i in. *Melatonin as a potential adjuvant treatment for COVID-19 beyond sleep disorders*. Int. J. Mol. Sci. 2021; 22(16): 8623.

² Wichniak A. i in. *Leczenie bezsenności osób w starszym wieku. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego*. Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST 2023; 309: 1–22.

więzałyby się też z ryzykiem uzależnienia ani objawami odstawienia, nie wymagałyby zwiększania dawki w celu podtrzymania skuteczności i powinny cechować się dużą rozpiętością terapeutyczną – w szczególności chcielibyśmy móc stosować go niezależnie od wieku pacjenta.

Na razie jednak trzeba radzić sobie dostępnymi metodami. A te będą tym skuteczniejsze i bezpieczniejsze, im lepiej dopasuje się terapię do potrzeb pacjenta.



Informacja prasowa przygotowana przez *Stowarzyszenie Dziennikarze dla Zdrowia* w związku z prelekcją prof. dra hab. n. med. Adama Wichniaka w trakcie XXII Ogólnopolskiej Konferencji „Polka w Europie”, zorganizowanej pod hasłem „Profilaktyka, diagnostyka i leczenie. Wyzwania dla polskiej ochrony zdrowia”. Wypowiedzi zostały autoryzowane. Październik 2023.