



FÓKUSZBAN AZ ALVÁSZAVAROK

Az olvasók kérdéseire szakértő válaszol



A téma szakértői:
dr. Halász Péter
professzor

dr. Szűcs Anna
főorvos,
az Országos Pszichiátriai
és Neurológiai Intézet
munkatársai



– A forgalomban lévő altatók egy része az elalvással, más részük az átalvással kapcsolatos problémák kezelésére alkalmas. Mi a különbség a két alvászavartípus kialakulása között, és melyek az elsőként választandó gyógyszerek?

– Az alvászavarok leggyakoribb fajtája. Egyes adatok szerint az iparilag fejlett társadalmakban a lakosság 10–15%-a szenved tartósan vagy átmenetileg alvászavaroktól. Lényegesen gyakrabban fordul elő 60 éves kor felett és nőknél. Az insomniának három típusa van: az elalvási nehézség, az átalvási zavar és a korai ébredés. Ezek gyakran nem választhatók el élesen egymástól.

Leggyakrabban a nehéz elalvás okoz panaszokat. Ez az állapot sok esetben lelki feszültséghez, stresszállapothoz kapcsolódik, és a tapasztalat szerint ilyenkor valamelyik rövid hatású altatószer elégséges ahhoz, hogy az alvászavar beinduljon és biztosítsuk az átalvást is.

Átalvási zavar esetén komolyabb problémával állunk szemben. Itt felmerül, hogy az alvászavart biológiai tényezők, esetleg betegségből származó, az alvással interferáló impulzusok zavarják meg. Ezt az állapotot csak tartósabb hatású gyógyszerrel tudjuk befolyásolni.

A korai ébredés jellegzetes tünete lehet a depresszióknak, de számos

egyéb, akár környezeti tényezőhöz is kapcsolódhat. Idős embereknek, akiknek az alvási igénye kisebb, gyakran ez a leggyakoribb panasza. A tartósabb hatású szerek erre is megoldást nyújthatnak, azonban hátulütőjük, hogy hatásuk a reggeli, kora délelőtti órákra is áthúzódhat, és ez akadályozhatja a tiszta fejjel való ébredést, a nappali munkavégzést.

Általában törekedni kell arra, hogy az alvászavart alapvetően nem altatószerekkel kezeljük, hanem az okát tárjuk fel, és azt kezeljük, többnyire a magatartást befolyásoló, nem gyógyszeres eljárásokkal. Az altatószer alkalmazása legyen csak átmeneti megoldás!

A korszerű altatószerek az agy gamma-aminovajsav-A (GABA-A) benzodiazepin (BDZ) kötőhelyein hatnak, mind a BDZ, mind a nem BDZ-szerű hatóanyagok esetében. Vannak rövidebb és hosszabb felezési idejű gyógyszerek. Az előbbiek csak az elalvást segítik, az utóbbiak befolyásolják az átalvási zavarokat is. Ultrarövid hatású altatószer például a midazolam (Dormicum), rövid hatású a zopiclon (Imovane) és zolpidem (Stilnox), a tartósabb hatásúak közé tartozik a nitrazepam (Eunocin).

– A kórelőzmény nélkül létrejövő alvászavar keltheti-e kezdődő krónikus betegség kialakulásának gyanúját, és ha igen, melyekét?

– Az alvással kapcsolatos panaszok – álmatlanság, nappali aluszékonyság, alvás közben fellépő mozgások, légzészavarok – általában sajátos klinikai tünetegyüttesek részei. Az önálló alvászavarok ritkábbak, főként ilyenkor merül fel az alvászavar gyanúja.

A beteg kikérdezésekor fény derülhet az álmatlanság hátterében álló szorongásra, nyugtalanságra, hangulati nyomottságra, esetleg patológiás gondolatokra, pszichológiai vagy pszichiátriai zavarra. Az alvást megzavaró fájdalom-szindróma esetén a fájdalom okának tisztázása a feladat. Károsodhat az alvási folyamat a központi idegrendszer degeneratív betegségeiben: Parkinson-szindrómában és a demencia különböző formáiban. Nappali aluszékonyság-szindrómát, az ismert alvási rendellenességeken – alvási apnoe szindróma, narcolepsia, idiopathiás hypersomnia – kívül okozhat még kiálvatlanság, gyógyszer- és droghatás, hypothyreosis és egyéb anyagcsere-zavarok, központi idegrendszeri folyamatok. A gyermekeknél és fiatal felnőtteknél észlelhető éjszakai járkálás, többnyire az elalvás utáni egy-két órában somnambulismusra utal, amely általában önálló rendellenesség. Az idősebb korban megjelenő éjszakai járkálás, zavartság többnyire súlyos anyagcsere-betegség, agyi hypoxia tünete. Ehhez a csoporthoz tartozik az idősebb férfiakra jellemző REM-magatartászavar, amelyet az esetek egy

Köszönjük az alvászavarokkal kapcsolatos kérdéseket dr. F. Viktor abádszalóki, dr. É. János győri, dr. R. Zoltán kisvárdai, dr. A. Lajos, dr. R. Rozália budapesti, valamint dr. V. György szekszárdi olvasóinknak.



részében neurodegeneratív betegségek tüneteinek, néha előhírnökének tartanak.

Az alvás panasz is széles körű orvosi figyelmet, körültekintést igényel. Tisztázni kell az alvási szokásokat, az életmódot, a gyógyszer és élvezeti szer használatát, fel kell mérni a beteg szomatikus és pszichés állapotát, így számos fizikai és pszichiátriai betegségre derülhet fény.

– Az alvási apnoe szindróma számos keringési, légzési betegség előidézője lehet. Vezethetnek-e ezek a kórképek fatális apnoe szindrómához? Hogyan lehet kivédeni?

– Az obstruktív alvási apnoe szindróma valóban rizikótényezője a hypertóniának, a stroke-nak és más szív- és érrendszeri betegségeknek. A vascularis betegségek, illetve a stroke alvási apnoe szindrómára gyakorolt hatását kevésbé vizsgálták. Sajnos a súlyos agytörzsi vagy intracranialis nyomásfokozódással járó agyi vascularis katasztrófák esetén fatális légzéscsavar, ezen belül apnoe is előfordulhat. Agytörzsi károsodásnál alvási apnoe szindrómának megfelelő légzéstípus (óránként 10-nél többször alvási apnoe periódus) alakulhat ki. A súlyos következményeket, az agyi vascularis katasztrófa megfelelő kezelése mellett, a légzés monitorozásával tisztázott légzéscsavar célszerű kezelésével lehet kivédeni: CPAP (continuous positive airway pressure, folyamatos pozitív légúti nyomás) alkalmazásával vagy az intenzív betegellátás keretében nyújtott megfelelő légzésjavító terápiával, esetleg gépi lélegeztetéssel. A vascularis katasztrófák után fennmaradó alvási apnoe szindróma polyszomnográfiai vizsgálattal tisztázható. Obstruktív alvási apnoe szindróma esetén elsősorban a CPAP biztosítása, centrális apnoe esetében gyógyszeres keringés-, légzéstámogató terápiák, esetleg bilevel airway pressure (BIPAP) alkalmazása jön szóba.

– A narcolepsia, mint önálló entitás, egy bizonyos megbetegedést jelent-e, vagy inkább egyéb, súlyos kórképek „előfutárának” tekinthető? Milyen tünetek alapján differenciálható a saceres absence-tól vagy petit maltól, és mi a terápiája?

– A narcolepsia neurológiai entitás, „betegségegység”. Ez annyit jelent, hogy (részben) ismerjük a patomechanizmusát (a hypothalamicus orexinrendszer deficitje), a rá jellemző tünetegyüttest (a narcolepsiás tetrad egy vagy több tagja: nappali aluszékonyság, affektív tónusvesztéses rohamok – cataplexia –, alvási paralysis és hypnagog hallucinációk; illetve töredezt éjszakai alvás, gyakori elhízás). Terápiája egyelőre sajnos csak tüneti jellegű. Legtöbbször önálló betegség, igen ritkán központi idegrendszeri betegségek, többnyire hypothalamuslaesiók tünete lehet. Ezért a narcolepsiás tünetek miatti kivizsgálás során javasolt a koponya MR-vizsgálata is. Ha ez nem mutat III. agykamra környéki, agytörzsi eltérést, akkor felállítható a narcolepsia diagnózisa.

A narcolepsiára jellemző nappali elalvások vagy állandó álmoság nem keltik epilepsziás rosszullét gyanúját. Az „alvászórák” hirtelen elalvásoknak felelnek meg, a beteg ébreszthető, ezek nem „rosszullétek”. Az alvási paralysis (ébredés vagy elalvás körül az érintett egy-két percig nem képes mozdulni) és a hypnagog hallucináció (álmos, alvás körüli állapotokban többnyire vizuális, valódi hallucinációk) ugyan okozhatnak differenciáldiagnosztikai problémát, de a gondos anamnéziszfelvétel általában eloszlatja a kételyeket.

Epilepsziás rosszulléttel elsősorban a cataplexiás roham téveszthető össze: többnyire érzelmi inger, düh, nevetés, meglepődés hatására a beteg izomzata vagy annak egy része hirtelen, egy-két percre elgyengül, de a tudat megtartott, ellentétben az absence során észlelhető alterált tudattal. Mivel ilyenkor a szemhéj- és a mimikai izomzat is elgyengülhet, a beteget eszméletlennek hihetjük. Az elkülönítésben szintén a figyelmes panaszlemezés segíthet. Ha ez a differenciáldiagnosztikai kételyt nem oszlatja el, a rosszullétek video-EEG-s megfigyelése segíthet (epilepsziás rosszullét esetén ictalis minta; cataplexiában éber nyugalmi, esetleg REM-alvásnak megfelelő EEG-kép).

A narcolepsia tüneti kezelése az éberség fokozására, illetve a cataplexia és egyéb REM-fázisbeli alvásjelenségek megelőzésére irányul. A methylphenidat és a modafinil hatékony szerek az éberség fokozására, a cata-

plexiás rosszulléteket pedig egyénileg beállítandó imipraminkezeléssel lehet megelőzni. Ezzel a kombinációval a betegek csaknem tünetmentessé tehetőek, így életminőségük jelentősen javul. A sokéves kezelést célszerű az alvásmedicinában jártas központok irányításával végezni.

– Mivel magyarázható a „restless-leg szindróma”? Alvászavarnak vagy más jellegű neurológiai elváltozásnak tekinthető-e? Hogyan kezelendő?

– A nyugtalan láb szindróma neurológiai rendellenesség, amely elsősorban elalvási zavart okoz. Lényege, hogy az alsó végtagokban, de olykor a karokban is kínzó dysaesthesia jelentkezik (égő, viszkető, bizsergő, hangyamaszásszerű érzés). Emiatt állandóan mozgatni kell a lábat, ami átmenetileg megszünteti a panaszt. Rendszerint nyugalomban, lefekvéskor jelentkezik, leggyakrabban középkorú vagy idősebb embereknél. Többnyire mindkét végtagot érinti, és nőknél valamivel gyakrabban fordul elő.

Több olyan állapot ismeretes, amely ezt a tünetet okozza: vashiány, krónikus vesebetegség, Parkinson-kór, perifériás neuropathiák. A terhesség harmadik trimeszterében is jelentkezhet. Egyes gyógyszerek, mint a haloperidol, a phenotiazinkészítmények, a droperidol, az antiallergiás szerek, de akár a dohányzás, a koffein és az alkohol is provokálhatják.

A nyugtalan láb szindrómában szenvedők mintegy 80%-ában egy másik rendellenesség, az „éjszakai periodikus myoclonusok” is megfigyelhetők. Ez az alvás alatt a lábokban 10–60 másodpercenként jelentkező, sokszor egész éjszaka folytatódó rángásokból áll.

Mindkét rendellenesség hátterében valószínűleg a dopamin-anyagcsere zavara áll, és jelenleg elsősorban dopaminagonistákkal (pergolid, pramipexol, ropinorol) kezeljük, de benzodiazepinkészítmények, gabapentin, baclofen és opioidok is adhatók.

– Betegség-e a horkolás? Befolyásolható-e, s ha igen, hogyan?

– A szakirodalomban „malignus”, a vonat dübörgéséhez hasonlóan hangozó, általában egyenetlen, felhorkanás-



sokkal járó horkolást és egyenletes, halk, zümmögő „benignus” horkolást különítünk el. Az utóbbi nem betegség, az alvás alatti légzés normális variánsának tekinthető. A malignus horkolás kóros, mert arra utal, hogy a levegő áramlása a felső légutakban nem szabad, akadály áll az útjában, így az áramlás turbulenssé válik, a légutak falai rezegnek, erős hangot adnak. A robbanásszerű felhorkanások a légúti akadály hirtelen megszűnésére, a levegő gyors ki- vagy beáramlására utalnak. A felső légúti levegőáramlás akadályozottsága betegségek kialakulására hajlamosít. Ha a hangos, egyenetlen horkolás mellett nem mutatható ki alvási apnoe, „csupán” a rendkívül erős légzési hang jelzi a légzés zavarát, felső légúti rezisztencia szindrómáról szólunk. Ez a szindróma az alvási apnoe szindrómához hasonló jelentőségű, magasvérnyomás- és egyéb keringési betegségekre hajlamosít, ezért mérlegelendő a CPAP-kezelés. Alternatív kezelési módok a különböző horkolásgátló cumik és szájprotézisek, amelyek a nyelv elöl tartásával, a garat alakjának módosításával megszüntethetik a légzés zavarát és a zavaró hangot. Az ilyen eszközök használatának megtanulásához gégészeti, szájsebészeti segítségre lehet szükség. Gégészeti műtét elsősorban nagy tonsillák, hosszú, tömeges uvula esetén javasolható. A ritka craniofacialis fejlődési rendellenességek esetén célszerű, ha a kezelést multidiszciplináris csoport tervezi meg és hajtja végre.

– Lehet-e az alvászavar fatális kimenetelű? Idős emberek halálakor sokszor megállapítjuk, hogy az illető „csöndben elaludt”. Előfordulhat-e, hogy alvási apnoe következtében hal meg valaki?

– Az alvászavarok általában nem halálos kimenetelűek. A súlyos álmatlanság szenvedést okozhat, az érintettet figyelmetlenné, rosszkedvűvé, kimerültté teheti, de nem jár ennél súlyosabb következményekkel. Az igen ritka, fatális familiáris insomnia nevű prionbetegséget (hibás szerkezetű, úgynevezett prionfehérje által kiváltott betegség) nagyfokú, csaknem teljes alváshiány jellemzi, de a súlyos, progresszív neurológiai és vegetatív zavarokkal járó betegségnek ez csupán az egyik tünete,

amely nem önmagában vezet halálos kimenetelhez.

A súlyos obstruktív alvási apnoe szindrómás betegek mortalitása magasabb a nem apnoés populációénál. Ennek egyik oka, hogy a kezeletlen alvási apnoe szindróma veszélyes érrendszeri betegségekre hajlamosít, és egyes közlések szerint ebben a betegcsoportban emelkedett az éjszakai mortalitás is, bár prospektív, bizonyító értékű vizsgálatról nem tudunk. A hosszú, bradycardizálódáshoz vezető alvás alatti apnoés periódusok szívritmuszavarokat okozhatnak, ezért célszerű az alvási apnoe szindrómás beteg kezelését mielőbb megkezdeni, és elalvás előtt kerülni a nyugtató- és altatószereket, valamint az alkoholt.

A nyelvi fordulat, miszerint valaki békésen „örök álmra szenderült”, „elaludt”, bizonyára nem alvászavarra, hanem a halál békességére, a végső megnyugvásra utal.

– Van-e összefüggés az alvászavarok és a táplálkozás, a drogfogyasztás, a dohányzás, valamint a rendszeres alkoholfogyasztás között?

– Az alvás érzékeny biológiai egyensúly függvénye, ezért a biológiai, pszichológiai és vegyi hatások többsége megváltoztatja. Az alvászavarok értékelésekor ezért nem mellőzhetők a gyógyszerszedésre és a biológiai, pszichológiai funkciókra vonatkozó adatok.

Az alvás-ébredés és táplálkozás részben közös biológiai szabályozás alatt áll; az éberség fokozott étvágygátló, az álmoság és alvás az éhségérzet csökkenésével vagy teljes hiányával társul. Elég, ha a medvék hosszú téli álmára és koplálására utalunk, amit az ébredés és táplálékraktározás követ. Közismert tény, hogy ebéd után elálmosodunk, ennek egyik oka a telegyomor, a másik a fiziológiás délutáni éberségcsökkenés. A nappal aluszékony narcolepsiás betegek többnyire meg is híznak, és az alvási apnoe szindróma legtöbbször (de nem kizárólag!) a túlsúlyos betegeket érinti.

Számos, az alvást és a táplálkozást egyaránt befolyásoló neurohumoralis tényező ismert: egyebek között az orexinek, a leptinek, a pajzsmirigyhormonok, az adenzin, a triptofán. A közös biológiai szabályozással függhet össze az is, hogy a testsúlynövekedés az

antipszichotikumok és az antidepresszívumok egy részének mellékhatása.

Az élvezeti szereket sok esetben, de nem kizárólag, éppen a pszichológiai, pszichiátriai eredetű alvászavarokban szenvedők használják rendszeresen. A drogok, a nikotin és az alkohol viszont mélyrehatóan befolyásolják az alvást: a nikotin éberségfokozó, a drogok egy része – a kokain, a pszichostimulánsok – élénkít és ébreszt, más része – az opiátok – kábít és álmosít. Az alkohol elősegíti az elalvást, de a mély és a REM-alvás kialakulását gátolja, ezért „Schlaftrunk”-ként, azaz altató italként való használata csalóka. A rendszeres alkoholfogyasztás súlyosan és tartósan álmatlanná tesz, nem beszélve az alkoholfogyasztás után kialakuló megvonásos delíriumról, amely REM-visszacsapásként is értelmezhető.

– A koffeint élénkítő hatása miatt fogyasztjuk. Mi magyarázza, hogy idős emberek a koffein hatására hosszabban, pihentetőbben alszanak?

– A kérdésben megfogalmazott vélekedést, miszerint az idős emberek jobban alszanak koffein hatására, nem támasztják alá bizonyító értékű vizsgálatok. Kétségtelenül akadnak szórványos megfigyelések és benyomások a koffein paradox, álmosító vagy éppen elaltató hatásáról. Az idősebb korcsoportban talán gyakrabban észlelt paradox hatás oka valószínűleg a scleroticus agyi érrendszerben éjszaka kialakuló hipoperfúzió megszüntetése azáltal, hogy a koffein a vérnyomást kismértékben emeli; ez a hatás inkább az éjszakai scleroticus delíriumok, zavart állapotok javításában érvényesülhet. Bizonyítékok hiányában a koffein időskorban sem tekinthető altató- vagy nyugtatószernak.

– Az álmokban sokszor „folytatódnak” a napi események, de sokszor furcsa, bizarr, néha fantasztikumba hajló történetekként. Nemegyszer hallani, hogy olyan problémát, amivel az ember napközben foglalkozott, de nem jutott dűlőre, álmában megold. Foglalkozik-e ezekkel a jelenségekkel az alvásmedicina? Mire lehet az ilyen észlelésekből következtetni?

– Az alvásmedicina nem foglalkozik az álmokkal, az alváskutatás, ezen belül



az álomkutatás igen. Az álmok az alvás REM-fázisában keletkeznek, és ez az agy működésének jelenleg sem megfejtett rejtélye. Tudjuk, hogy a REM-fázisban az agyban az ébrenléthez hasonló jelentős aktiváció érvényesül, amely azonban az agytörzsből, vagyis az agyból magából, belülről származik. Ebben az állapotban csak korlátozott a kapcsolat a külvilággal. Az álom a tudat és a memória működésének speciális formája. Az álomban kapcsolat marad fenn a rövid távú emlékezettel, ezeknek az elemei adják az álmok témájának zömét, ugyanakkor kevésbé érvényesülnek a logikus gondolkodás szabályai, és emiatt a tartalmak az időrend és a térbeli hovatartozás szabályainak fittyet hányva, szeszélyes módon, sokszor a logika béklyóit letelve nagyon is alkotóan, eredetien kapcsolódhatnak egymással. Ennek számos anekdotaszerű evidenciája ismert. Ilyen például a szerves kémikus Kekulé története, aki az álmában látott táncoló majomcsoport alakzatából jött rá a benzolgyűrű rég keresett formájára.

– Fiatal férfi betegem panasolja: felesége szerint gyakran hangosan, érthetően beszél álmában. Mi áll e jelenség hátterében és van-e rá gyógy mód?

– Az alvás alatti beszéd (somnia) rokon, illetőleg átfedő jelenség az alvajárással. Többféle fokozata van. Gyermeknél és serdülőknél is gyakran előfordul, de jelentőség nélküli. Egyes személyeknél a jelenség megmarad a felnőttkorra is. Lényege az éjszakai részleges ébredés, amikor diszociáció alakul ki az ébrenléti és alvási funkciók között. Bizonyos vonatkozásban éberségnek, másrészt viszont alvásnak megfelelő üzemmódban dolgozik az agyunk. Kimutatták, hogy ezek az epizódok nem kapcsolatosak az álmodással, hanem a lassú hullámú alvás (non-REM) első legmélyebb ciklusainak ciklusfordulói alkalmával keletkeznek. Feltehető, de nem bizonyított, hogy fokozott „alvási inercia” áll a jelenség hátterében. Vagyis ilyen embereknel az alvás megtapasztaljuk az ébredés után is. A nehezen ébredő, reggel „használatlan” típust jól ismerjük, ez azonban nem azonos – bár még szisztematikusan nem vizsgálták – az alvajáró, alvásban beszélő emberekkel.

Az alvás alatti beszéd lényegében ártatlan jelenség, nem tekinthető betegségnek. Öröklött, családi hajlam is szerepet játszik, hasonlóan és átfedően az éjszakai felrettenésekhez. Egy családban vagy akár ugyanazon egyénnél váltakozva fordulhat elő alvajárás, beszéd, illetve éjszakai felrettenés.

Befolyásolása nehéz, és nem kell feltétlenül törekedni rá. A legtöbb esetben elég a jelenség természetére vonatkozó felvilágosítás (alvásedukáció). Attól nem kell félni, és efelől az érintetteket is meg kell nyugtatni, hogy az alvás alatt beszélő kibeszéli, vagy kérdésre ilyenkor elárulja a titkait, vagy hogy a rossz lelkiismeret megnyilvánulása volna a jelenség.

– Gyakran jelentek meg figyelmeztetések a televíziózás hőskorában a tévénézés káros következményeiről. Ma, amikor sokan szinte egész napi munkájukat a számítógép monitora előtt töltik, számolnunk kell ennek az alvás-ébrenlét fiziológiáját befolyásoló káros hatásával?

– A számítógépezésnek nincsen kimutatható káros hatása az éjszakai alvási, leszámítva azt a nyilvánvaló ténytet, hogy aki ilyen munkát végez vagy ennek rabja, keveset mozog, keveset van a szabad levegőn, ami valóban kedvezőtlenül befolyásolhatja a fiziológiás alvás-ébrenlét ritmusát. A televíziózásban inkább a megtekintett filmek esetleg szorongást okozó tartalma – különösen erre éretlen gyermekek esetében – okozhat részben elalvási, átalvási zavarokat, illetve szorongásos álmokat.

– Lehet-e az alvászavaroknak genetikai oka? Örökölheto-e bármelyik fajta alvászavar, vagy inkább a családon belüli minták átvételéről van szó?

– Az alvás és a biológiai ritmusok szabályozása jelentős részben örökletes tényezők függvénye, ezt az „órágének” felfedezése (1997, 1998) óta még határozottabban tudjuk. Az állatvilágból vett példák az alvás-ébrenlét ritmusának genetikai meghatározottságát támasztják alá. A különböző állatfajoknál az alvás-ébrenlét ritmusa, a nyugalom és aktivitás jellemző időszakai öröklődnek, részei a fajtára alap-

vetően jellemző magatartás-mintázatnak. Például említhetjük az éjszakai és nappali ragadozókat, az éjszaka aktív rágcsálókat, a delfinfélék váltott agyféltekés állandó alvását stb. vagy az alvásmennyiség fajtabeli jellegzetességét (lajhár, őz, tyúk). Ezért valószínű, bár csupán szórványos megfigyelés és közlés támasztja alá, hogy genetikai tényezők határozzák meg az ember alvási sajátosságait, az alvásmennyiséget, az időzítést és az álmodást is. Ezek rendellenességei csak szélsőséges esetekben kerülnek az orvosi figyelem középpontjába. A zavarok sajátos alakulásában jelentős szerepet játszanak a környezeti tényezők is, mégis gyakran derül fény a családtagok hasonló jellegű alvászavarára, mint például a hosszú vagy rövid alvás, álmatlanság, gyakori álmodás, bagoly- vagy pacsirtatípus. Ismert az egyes alvási rendellenességek családi halmozódása is: a somnambulizmus körülbelül 60%-ban, a narcolepsia kis részben örökletesnek tűnik. Ismert a sporadikus narcolepsiában is megfigyelt, közel 100%-ban kimutatható HLA-típus-hordozás, ismertek idiopathiás hypersomniás családok, sőt, egyes közlésekben beszámoltak az alvási apnoe szindróma familiáris halmozódásáról is. Az álmatlanság természetesen multifaktoriális eredetű, de a ritka essentialis insomnia is valószínűleg veleszületett zavar következménye.

– A nők gyakrabban fordulnak orvoshoz alvászavarok miatt, gyakrabban szednek altatókat, nyugtatókat. Van-e erre neurofiziológiai magyarázat?

– Tény, hogy a nőkben az insomnia előfordulása életkortól függően nagyobb mértékű, mint férfiakban. Nyilvánvalónak látszik, hogy ebben hormonális tényezők játszhatnak szerepet. Valóban kimutatható, hogy a nők menopausális panaszai, a hőhullámok, az izzadás gyakran az éjszakai órákban jelentkeznek, és ez alvászavarokat okozhat. Fokozhatja mind ezt a szorongás, amelyet a női szerep elvesztésével kapcsolatos aggodalom okozhat. Mivel a nőknél gyakoribb a depresszió, ez is hozzájárulhat, hogy náluk gyakrabban jelentkeznek insomniás panaszok.



– A központi idegrendszer számos megbetegedése okoz hypersomniát. Milyen belgyógyászati megbetegedések esetében kell ezzel számolnunk?

– Nappali aluszékonyság szindrómát, fokozott alvászórányt vagy állandó álmoságot okozhat szinte minden anyagcsere-betegség, a dekompenzált diabetes mellitus, a máj- és veseelégtelenség. Egyes endokrin zavarokban, mint a mellékvesekéreg-elégtelenség vagy hypothyreosis, gyakran az aluszékonyság az egyetlen vagy a vezető klinikai tünet. Általában megnő az alvászórány, így nappali hypersomniát okoz az anaemia, a vashiány, a táplálkozási hiányállapotok. A láz jellegzetes kísérő tünete a fokozott alvászórány vagy szinte állandó alvás, így csaknem valamennyi fertőző betegségben előfordulhat hypersomnia. A krónikus fájdalommal, gyakori éjszakai ébredésekkel járó betegségekre is jellemző a nappali aluszékonyság. A nagyfokú obesitasnak is lehet kísérő tünete. Hy-

persomniás tüneteket okozhat a gyakori altatókkal, nyugtatókkal való visszaélés, illetőleg a megvonási próbálkozások; a felső légúti rezisztencia szindróma, illetve a felső légutakat krónikusan beszűkítő rendellenességek (a kemény szájpad rendellenességei, retrognathia stb.).

– Mikor alkalmazható nem gyógyszeres kezelés, mint a viselkedés-, relaxációs, illetve pszichoterápia az alvászavarok kezelésére? Mikor válik szükségessé a gyógyszeres beavatkozás? Mikor elegendő csak a háziorvosi segítség, és mikor szükséges szakember irányítását kérni? Működnek-e Magyarországon „alvászórányközpontok”?

– Az alvászavarok sokrétűek és jelentős részük biológiai, illetve patológiai eredetű. Ezek kezelésénél nemigen jönnek szóba a kérdésben említett módszerek. Ugyanakkor az alvászórányközpontok (insomnia) esetében elsősorban ezeket kell használnunk, és a

gyógyszerek csak átmeneti segítséget jelentenek. Ellenkező esetben az altatószerek használata során megszokás alakul ki, és ez tovább rontja a beteg helyzetét, az alvászórány idültté válik. Az insomnia kezelése magatartás-terápiás eszközökkel és alvászórányközponttal jelentős felkészültséget és gyakorlatot igényel. Egyes elemeit azonban a háziorvos is elsajátíthatja és gyakorolhatja. Ezt azonban továbbképzések során kell megtanulni. A továbbképzések szervezése a pszichiátriai jellegű alvászórányközpontok feladata.

– Ismert a fényterápia antidepresszáns hatása. Van-e szerepe az alvászavarok kezelésében?

– A fényterápiának jelenleg elsősorban a cirkadián ritmus zavarai körébe tartozó „jat-leg” szindróma kezelésében van szerepe. A szindróma lényege, hogy eltolódás jön létre az időzónákat átívelő repülések során a cirkadián ritmusunkat vezérlő subthalamicus „belső óra” (pacemaker) és a külső időtagoló tényezők, elsősorban a világosság-sötétség váltakozása között. Ez a célállomásra való érkezéskor fáradtság, álmoság, ingerlékenység formájában jelentkezik, és nagymértékben nehezítheti a megérkezés utáni munkavégzést. Napokig nehézségeket okozhat az elalvásban és napközben is a megfelelő éberség és figyelem fenntartásában. Mivel azonban a belső óra vezérelhető, mintegy átprogramozható a retinán beáramló fényimpulzusok alkalmazásával, intenzív mesterséges fényforrások (10 000 lux) segítségével mód van a jat-leg szindróma megelőzésére, illetőleg mérséklésére. Ilyen szemüvegbe vagy szemellenzőbe szerelhető, vagy doboz formájában a repülőn használható szerkezetek már kaphatók a kereskedelemben is. Nem mindegy azonban, hogy mikor történik a fénybesugárzás. Az utazás időpontja, tartama és iránya alapján kiszámítható, hogy mikor kell keresni, illetőleg kerülni (sötét szemüveg viselésével például) a fényt.

Fényterápiával próbálkoztak az úgynevezett későalvászórányközpontok korrígálásánál is. Ilyenkor az alvászórány csak éjfél után vagy az éjszaka utolsó harmadában következik be, az ébredés pedig csak késő délelőtt. A reggeli fényterápia és az esti órákban a fény kerülése javíthat ezen a rendellenességen.

HAZAI ALVÁSCENTRUMOK

Budapest, Központi Honvédkórház, Alvásdiagnosztikai és Terápiás Központ;
1126 Budapest, Királyhágó u. 1–3. Tel.: (1) 212-1846.

Pécsi Tudományegyetem, Neurológiai Klinika, Alvásdiagnosztikai és Terápiás Laboratórium;
7623 Pécs, Rét u. 2. Tel.: (72) 535-961.

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Neurológiai Klinika, Alvásdiagnosztikai és Terápiás Laboratórium;
4012 Debrecen, Nagyterdei krt. 98. Tel.: (52) 411-717.

Dél-alföldi Regionális Alvásdiagnosztikai és Terápiás Centrum, Neuropszichiátriai Szakrendelés;
6724 Szeged, Vasas Szent Péter u. 1–3. Tel.: (62) 574-430.

Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Alvásneurofiziológiai Labor és Szakambulancia;
1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 116. Tel.: (1) 391-5300.

Semmelweis Egyetem Budapest, Pulmonológiai Klinika, Alvásdiagnosztikai és Terápiás Laboratórium;
1125 Budapest, Diósárok u. 1/C. Tel.: (1) 355-9733.

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Alvásdiagnosztikai és Terápiás Laboratórium;
1529 Budapest, Pihenő út 1. Tel.: (1) 391-3200.

Semmelweis Egyetem, Budapest, Magatartástudományi Intézet, Pszichoszomatikus Ambulancia, Alvásrendelés és -laboratórium;
1084 Budapest, Kálvária tér 5. Tel.: (1) 266-0926.

Gyermek-alvászórányközpontok

Heim Pál Gyermekkorház, Belgyógyászati és Neurológiai Osztály;
1089 Budapest, Üllői út 86. Tel.: (1) 210-0720.

Madarász Utcai Csecsemő- és Gyermekkorház, Csecsemő és Koraszülött Osztály, Alváslaboratórium;
1131 Budapest, Madarász u. 22–24. Tel.: (1) 349-8160.



Hasonlóképpen próbálkoznak fényterápiával a több műszakos munkában, vagy például nagy távolságokon át vezető kamionsofőröknél kialakuló éberségi zavarok ellensúlyozására is.

– A benzodiazepin típusú altató- és nyugtatószerek használata széles körben elterjedt. Mekkora a hozzá szokás veszélye ezekhez a vegyületekhez?

– Felmérések szerint a felnőtt lakosság 3–15%-a, az időseknek pedig még nagyobb hányada használ rendszeresen vagy alkalmászerűen benzodiazepin típusú altató-, nyugtatószereket. A gyógyszert egy hónapnál tovább szedők 20–40%-ánál pszichés függőség alakul ki. A valódi farmakológiai függőség, amelyre a gyógyszer elhagyásakor fellépő testi megvonási tünetek jellemzőek, lényegesen ritkább. A szert nem abúzszerűen használóknál a gyógyszer fokozatos és következetes csökkentésével viszonylag könnyen megoldható az elvonás, így ebben a terápiát kereső csoportban a komoly következményekkel járó hozzászokás veszélye viszonylag kicsiny. A hozzászokás veszélye tovább csökkenthető, ha a benzodiazepint rövid ideig alkalmazzák. Visszaélészerűen azok a politoxikomán betegek használnak benzodiazepineket, akik más gyógyszereket, illetve alkoholt, drogokat is fogyasztanak. Ezekre a betegekre a jelentős tolerancia és nagyfokú testi függőség jellemző, elvonás esetén pedig felléphetnek a megvonásos rohamok, a kognitív és a testi tünetek. Ebben a csoportban az opioidok után a leggyakrabban használt szerek a benzodiazepinek. A terápiát kereső, „nem problematikus” és a visszaélő, „problematikus”, benzodiazepint szedő betegcsoportok viszonylag élesen elkülönülnek. A testi függőséggel akkor kell számolnunk, ha az anamnézisben egyéb szerekkel történő visszaélést derítünk fel, vagy ha a beteg kezdeményezi a gyógyszer adagjának emelését; ehelyett ilyenkor a benzodiazepin mielőbbi csökkentése és leépítése javasolt.

– Alkalmazhatunk-e antihisztamin hatású gyógyszereket az alvászavarok kezelésére?

– Az antihisztamin hatású szereknek van ugyan némi álmosító hatása, de nincs olyan vizsgálati eredmény, amely alátámasztaná, hogy altatóként is beválnának. Ilyen irányú felhasználásuk nem javasolt, már csak a rájuk jellemző gyakori gyógyszer-interakciók miatt sem.

– Számos pszichés zavar kezelésében hatékony az autogén tréning. A betegek egy része klinikai körülmények között ennek gyakorlása közben elalszik. Alkalmazható-e ez a módszer az alvászavarok terápiájában? Hol és hogyan lehet elsajátítani?

– Az autogén tréning elismert módszer a pszichés feszültségek által fenn tartott insomnia esetében, és beletartozik abba a magatartás-terápiás „csomagba”, amelyből ilyenkor válogathatunk. Elsajátításához többnyire relaxációs tréningen megszerzett saját tapasztalat szükséges. Ilyen tanfolyamokat számos helyen hirdetnek. A Google internetes keresőben „autogén tréning” vagy „autogén tréning, tanfolyamok” címszó beütésével a lehetőségek garmadája tárul elénk.

– Igazolta-e a modern alvási diagnosztikai szemlélet, hogy a „bölcsőhalál” (sudden infant death – SID) hátterében alvászavar áll? Milyen jellegű csecsemőkori alvászavar esetén tanácsos szakemberhez fordulni?

– Az egyéves kor alatt bekövetkező, többségében egy–négy hónapos csecsemők váratlan, egyéb betegséghez nem kapcsolódó, és a boncolással sem megmagyarázható halálát nevezzük bölcsőhalálnak. A halál az esetek döntő többségében alvás alatt következik be, de nem bizonyítható, hogy alvás alatti légzésvizsgálathoz kapcsolódik. Valószínű, hogy multikauzális eredetű. A hajlamosító kockázati tényezők, amelyekre az eddigi vizsgálatok során fény derült, a következők: a hason alvás, az anya dohányzása a terhesség alatt, az anya húsz év alatti életkora, a koraszületés és a kis születési súly. Fiúknál valamivel gyakoribb.

Többféle légzésfigyelő rendszert kidolgoztak, de ezek eredményessége még kérdéses a bölcsőhalál megelőzésében vagy kivédésében.

A MAGYARORSZÁGON FORGALOMBAN LÉVŐ ALTATÓ- ÉS NYUGATÓSZEREK

Benzodiazepin-származékok:

- nitrazepam: Eunoctin,
- temazepam: Signopam,
- midazolam: Dormicum, Midazolam,
- brotizolam: Lendormin,
- cinolazepam: Gerodorm.

Benzodiazepinnel rokon gyógyszerek:

- zopiclon: Imovan, Zopigen, Ambien,
- zolpidem: Pidezol, Sanval, Stilnox, Zolpidem-ratiopharma,
- zaleplon: Sonata.

Egyéb altatók és nyugtatók:

- melatoninum: Bio-Melatonin,
- clomethiazole: Heminevrin,
- valerian extr.: Euvekan, Valeriana, Hova, Sedacur.

A www.pharmindex.hu weblapon 2006. január 4-én rendelkezésre álló információk alapján összeállítva.

A csecsemő és gyermekkori alvászavarok esetében a Madarász Utcai Csecsemő- és Gyermekkorház Alvás-laboratóriumához tanácsos fordulni.

– Mi a magyarázata a sokszor egészségeseknél is fellépő éjszakai lábikragörcsöknek? Hogyan lehet ezen segíteni?

– Az éjszakai lábikragörcsök főleg idősebb korban jelentkezhetnek. A kínzó panasz akadályozhatja az éjszakai alvást, illetve az elalvást is. Oka és mechanizmusa mindmáig ismeretlen. Kialakulásában szerepet játszhatnak vascularis tényezők, izombetegségek, neuropathia. Gyakoribb előfordulását figyelték meg uraemia, diabetes mellitus, pajzsmirigybetegségek fennállásakor, csökkent magnéziumszint, hypocalcaemia és hypokalaemia következtében. Egyes gyógyszerek, mint például a diuretikumok, a nifedipin, a béta-receptor-blokkolók, a szteroidok, a morfin, a cimetidin, a penicillinamin és a lítium alkalmazása hozzájárulhat a megjelenéshez.

Tüneti kezelésében kinin adásával értek el eredményeket, jobb stratégia azonban a kiváltó tényezők kiküszöbölése.



VÁRJUK KÉRDÉSEIKET!

FEBRUÁR: LÁZAS BETEGSÉGEK, ANTIBIOTIKUMOK

Az antibiotikumok a leghatékonyabb fegyvereink a fertőző betegségek leküzdéséhez. Ez a gyógyszer-csoport szerepel hazánkban hosszú idő óta a gyógyszer-forgalmazási listák élén, ugyanakkor komoly probléma a velük szemben kialakuló rezisztencia. Az antibiotikum-adás indikációja, a helyes kiválasztás, a kombinációk alkalmazása és az antibiotikum-váltás kérdése a mindennapok dilemmája a háziorvosi gyakorlatban.

A kérdésekre dr. Szalka András főorvos válaszol.

MÁRCIUS: A GYOMORSAVTERMELÉS ZAVARAI, KEZELÉSÜK

Az emésztőtraktus felső szakaszának betegségeiben meghatározó szerepe van a savtermelésnek. A régmúltban csak a savtúltermelés közömbösítésére alkalmas gyógyszerek léteztek, ma már, a patofiziológiai folyamatok megismerése következtében, a gyógyszerek széles köre áll rendelkezésünkre nemcsak a fekélybetegség, hanem számos, a savtermelés zavara által kiváltott betegség kezelésére.

A kérdésekre dr. Lonovics János és dr. Simon László professzorok válaszolnak.

ÁPRILIS: STROKE

A stroke előfordulási gyakorisága világszerte emelkedő tendenciát mutat, növelve ezzel a társadalom terheit is. Magyarországon évente ötvenezer új beteggel, húszezer halálessel kell számolnunk, az 55 évnél fiatalabb, stroke-os betegek halálózása hatszorosa az európai átlagnak! Ezért ismernünk kell a megelőzés, a kezelés, a rehabilitáció legújabb eredményeit.

A kérdések beküldési határideje: február 15.

A kérdésekre dr. Nagy Zoltán, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet professzora válaszol.

Kérdéseiket maximum 10 sorban, reflexióikat egy kéziratoldal terjedelemben fogalmazzák meg! A válaszok a felkért szakemberek egyéni szakmai tapasztalatát és véleményét tükrözik.

Kérjük, hogy leveleiket az alábbi címre küldjék:
DR. KRAMER IMRE

Postacím: Lege Artis Medicinae,
1539 Budapest, Pf. 603.
E-mail: haziorvosiforum@lam.hu



SÚLYOS SZEPTIKUS BETEGEK INTENZÍV TERÁPIÁS KEZELÉSE

Továbbképzés aneszteziológiai és intenzív terápiás, sebész, belgyógyász, pulmonológus, infektológus és hematológus szakorvosok, szakvizsga előtt állók részére.

Időpont: 2006. február 20–22.

Helyszín: Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar; 1046 Budapest, Erkel Gy. u 26.

Téma: A szepszis epidemiológiája, definíciója, diagnosztikája; patofiziológia, endokrin eltérések, antibiotikus kezelés, vér- és folyadékterápia, standard kezelés, antimediatórium terápia, a szeptikus betegek táplálása, légzési elégtelenség szepszisben, infekciókontroll, gombainfekciók, immunszuppresszívált szepszise, pulmonalis, intraabdominalis infekciók, politraumatizáltak szepszise, gyermekori szepszis, konzultatív esetmegbeszélések.

Tanfolyam díja: 25 000 Ft, amely tartalmazza az ebédek, kávék és az előadás-kivonatok költségeit is.

Továbbképzési pont: megállapítás alatt (a korábbi azonos programú tanfolyamokon való részvételért 44 továbbképzési pontot adtak).

Jelentkezési cím, információ: SE-EFK Felnőttképzési és Továbbképzési Iroda; 1046 Budapest, Erkel Gyula u. 26. Fax: (1) 369-3483, e-mail: gondos.tibor@postino.hu.

Jelentkezési határidő: 2006. január 30.