

Alvás-ébrenléti zavarok a mindennapi gyakorlatban

[Dr. Vida Zsuzsanna]

ideggyógyász, alvásszakértő

Életünk közel egyharmadát töltjük alvással, mégis nagyon keveset foglalkozunk életünknek ezen időszakával. Nem is jut eszünkbe, hogy alvás alatt olyan, fiziológias, vagy kóros folyamatok mehetnek végbe szervezetünkben, melyek alapvetően meghatározzák napközbeni teljesítőképességünket, hangulatunkat, vagy károsítják egészségünket és elősegítik különféle betegségek kialakulását.

Az alvásra csak néhány esetben figyelünk oda. Leggyakrabban akkor, ha nem megy – ilyenkor első lépésként az álmatlanság elleni nem gyógyszeres praktikák kipróbálása, majd ezek sikertelensége esetén az altatószer felírása következik, és csak ritkán történik erőfeszítés az ok kiderítésére.

A horkolástól leggyakrabban nem az alvó, hanem az alvótárs szenved, végső megoldásként a külön hálószoba mindent megold – kivéve a horkoló ember alvás alatti súlyos hypoxiás epizódjait ennek összes következményével együtt (cardiovascularis, cerebrovascularis történések, hypertonia rizikófaktor).

Végül a napközbeni álmoságot aluszékonyságot egyszerűen lustaságnak vélik.

Ha elolvassuk az Alvászavarok Nemzetközi Osztályozását (International Classification of Sleep Disorders, internetet megnézhető) alapján azonban világosan látható, hogy ennél jóval több tünetről és a tünet hátterében meghúzódó betegségről van szó.

Ebben az összefoglalásban a leggyakrabban előforduló tünetcsoportokról és betegségekről szeretnénk ismertetőt nyújtani, a hosszú listából kiemelve azon betegségeket, melyek mind az orvosok, mind a betegek előtt még kevésbé ismertek, pedig gyakoriak és a hatékony terápia rendelkezésünkre áll.

Az összefoglalás első részében az álmatlanságról (inszomniáról) ill. ehhez kapcsolódóan a circadian ritmus zavarairól lesz szó, a második részben a fokozott nappali aluszékonyság okait mutatjuk be.

Tekintettel az alvászavarok és a megfelelő terápia sokszínűségére, didaktikai szempontból az egyes betegségek kezelését közvetlenül a betegség leírása után tárgyaljuk.

A háziorvosi gyakorlatban a leggyakoribb alvással kapcsolatos panasz minden bizonnyal az **ÁLMATLANSÁG (INSZOMNIA)**, hiszen a legóvatosabb becslések szerint is a népesség minimum egyharmad szenved álmatlanságban (bizonyos vizsgálatokban a népesség 65–66%-t találták érintettnek).

Az álmatlanság tünet. Lényege, hogy az alvás nem felel meg alapvető funkciójának, folyamata megzavart, tartama

megrövidült, s nem vezet a szellemi-fizikai készenléti állapot restorációjához. Az inszomnia az elalvási, és/vagy átalvási képesség zavara, amely legalább egy hónapig fenn áll, és napközbeni mentális deficit tünetekkel, stressz-szel és/vagy aluszékonysággal jár.

Primer inszomniákról akkor beszélünk, ha az alvászavar nem függ össze más (szomatikus, belgyógyászati, pszichiátriai) betegséggel.

Mielőtt a leggyakoribb inszomnia típusokat egyenként áttekintenénk, összefoglaljuk az inszomniák kezelésével kapcsolatos általános alapelveket, hangsúlyozva, hogy ez nem jelenti azt, hogy nem kell törekedni az ok pontos kiderítésére, s az ennek megfelelő célzott terápia alkalmazására.

Mikor kell az inszomnia kezelésére gondolnunk?

1. Az álmatlanság a hét több mint 4 napján jelentkezik
2. Jelentős minőségi zavarokat okoz a nappali tevékenységben (álmoság, aluszékonyság, a szellemi teljesítő-képesség romlása)
3. Az elalváshoz szükséges idő meghaladja a 30 percet (elalvási inszomnia, az esetek 20%-a)
4. Az alvást legalább három tudatosult ébredés szakítja meg (átalvási inszomnia, 60–70%)
5. Az ébredés a megszokottnál legalább egy órával korábban következik be (ébredési inszomnia, 10%)

Az altatók alkalmazásának elveit az 1. táblázatban foglaltuk össze. A gyógyszeres kezeléssel kapcsolatosan fontos

1. táblázat Az altatók alkalmazásának elvei

1. Individuális dozírozás minden egyes páciens számára.
2. A legalacsonyabb hatékony dózis előírása
3. A dózis csökkentése időseknél, májbetegknél
4. A mindennapos alkalmazás kerülése
5. A lehető legrövidebb idejű folyamatos kezelés (maximum néhány hét)
6. A kezelés végén fokozatos dóziscsökkentés
7. Ne adjunk ugyanabból a készítményből többet, főleg ne egyszerre többféle altatót, hanem válasszunk másik készítményt
8. A tolerancia és a dependencia megelőzése céljából a gyógyszeres kezelést időről időre érdemes periódikusan változtatni
9. Iktassunk be gyógyszermentes heteket

2. táblázat A bazánkban forgalomban lévő altatók jellemzői

	<i>Flunitrazepam</i> (<i>Flunitrazepam-B</i>)	<i>Nitrazepam</i> (<i>Eunocin</i>)	<i>Temazepam</i> (<i>Signopam</i>)	<i>Brotizolam</i> (<i>Lendormin</i>)	<i>Cinolazepam</i> (<i>Gerodorm</i>)	<i>Midazolam</i> (<i>Dormicum</i>)	<i>Zolpidem</i> (<i>Stilnox</i>)	<i>Zopiclon</i> (<i>Imovane</i>)
Dózis (mg)	1-2	5-10	10-30	0,2-0,4	40	7,5-15	10-20	7,5-15
Eliminációs féléletidő (h)	hosszú	hosszú (30)	közepes (9,5-12,4)	rövid (3-4)	közepes rövid (4-9)	rövid (1-3)	rövid (1,5-2,4)	rövid (3,5-6)
Aktív metabolit	van	nincs	nincs	van	nincs	van	nincs	van
Úrülési sebesség	lassú	lassú	közepes	gyors	gyors	gyors	gyors	gyors
Nappali szedáció	van	van	van	nincs	nincs	nincs	nincs	nincs

3. táblázat Az inszomniák nem gyógyszeres kezelési módszerei

Az inszomniák kognitív viselkedésterápiájának alapelvei:

- Relaxációs módszerek
- Stimulus kontroll instrukciók, alváskorlátozás
- Biofeedback, paradox technikák
- Alváshigiéniével kapcsolatos edukáció
- Kronoterápia, fényterápia
- Az alvással kapcsolatos negatív gondolatokkal, hiedelmekkel való megküzdés

kiemelni, hogy a korszerű hipnotikumoknak tartjuk a benzodiazepin receptor agonistákat (zopiclon, zolpidem), valamint a rövid és közepes felezési idejű benzodiazepineket. A hosszú felezési idejű benzodiazepinek kerülendők, a nem javasolt szerek közé tartoznak a barbiturátok, a glutetimid és a meprobamat.

Gyakran használt altatószereinket foglalja össze az 2. táblázat.

Az alvászavarok nem gyógyszeres kezelési lehetőségeit a 3. táblázatban tüntettük fel.

Az alváshigiéniés tanácsokat a 4. táblázatban foglaljuk össze. Itt említendő, hogy a felébredés minőségének javítását segíti az, az újonnan kifejlesztett ébresztőóra, mely az ideális alvásstádiumban ébreszt, ezáltal kellemesebb az ébredés.

Inszomniák

Beállítódási inszomnia (akut inszomnia):

Oka akut stressz, emocionális sokk, akut félelem, élethelyzet változásra adott nem megfelelőre reakció vezet az el vagy átváltás zavarának kialakulásához. Bármikor és bárkinél kialakulhat például vizsgaidőszakban, familiaris konfliktusok, válás kapcsán, gátszreakció során.

Az inszomnia átmenetileg vagy rövid ideig jelentkezik, emocionális feszültséggel. Ha a stresszorok megszűnnek, elmúlik vagy csökken az alvászavar.

Terápia: Elsődlegesen nem gyógyszeres, hanem pszichoterápiás kezelés szükséges, amelynek első lépéseként tisztázni kell a lehetséges kiváltó okokat. Ha mégis szükséges, átmenetileg gyógyszeres kezelés is alkalmazható.

Pszichofiziológiai inszomnia:

Az elalvás vagy átváltás zavara, mely mögött nem áll más szomatikus vagy pszichiátriai betegség vagy pszichoaktív szerek használata. A háttérben álló ok szomatizált feszültség, kondicionált (tanult) alvást gátló asszociációk. Az elalvással kapcsolatos gondolatok vagy elalvással való próbálkozás is fokozza a feszültséget, szorongást, és így ördögi kör alakul ki. Az alvászavar tartósan fennáll.

Terápia: A beteg vezessen alvásnaplót, amelynek tartalmaznia kell az alábbiakat: a lefekvés időpontja, az elalvás becsült ideje és az ébredés időpontja, a felébredések száma, a nappali szunyókálás ideje, tartama, gyógyszer vagy egyéb szer - pl. kábítószer, stimulánsok - használata. Gyógyszeresen altatók használata, pszichoedukáció keretében az alváshigiénié elsajátítása, viselkedésterápia.

Paradox inszomnia:

Az inszomnia különleges formája, amelyben a beteg tévesen ítéli meg alvását, alvászavarról panaszkodik, mely azonban nem objektív. Nappali fáradékonyságuk és teljesítőképességük okaként az alvászavart jelölik meg. Gyakran kapcsolódik hypochondriával. Jellemzője, hogy az alvászavart az alvótárs nem észleli, az alváslaboratóriumi vizsgálatok sem mutatnak eltérést Idős betegeknél figyelembe kell venni, hogy a mélyalvás időskorban fiziológiásan is csökken.

Terápia: Az altatószerek fokozatos elhagyása mellett a beteg számára egyénileg meghatározott pszichoterápia, leggyakrabban magatartásmódosító és kognitív terápia.

Idiopathiás inszomnia:

A pszichofiziológiai inszomniával szemben már kora gyermekkorban megjelenik. Oka a központi idegrendszer alvás-ébredés szabályozó rendszereinek neurológiai vagy

neurokémiai zavara, gyakran a helytelen alváshigiéné vagy kondicionált magatartási hiba áll a háttérben, mely alvászavar formájában jelenik meg.

Terápia: A kezelési tervet egyénre szabottan összeállítani. Multimodális terápia szükséges, amelyben gyakori gyógyszeres módosítások és pszichoterápiás módszerek alkalmazandók.

Inadequat alváshigiéné következtében kialakuló alvászavar:

Helytelen és irreguláris alvási szokások, ebben az esetben az alvászavar a nem megfelelő „alvási magatartás” következményeként jön létre. Okai között szerepel több műszakos munka, éjszakai munka, késő délutáni, esti koffeinfogyasztás, kognitív vagy emocionális megterhelés az alvás előtt, az alvás tudatos rövidítése, televíziózás, videó, internet. Gyakran nagymértékben változó a lefekvés és a felkelés ideje.

Terápia: Alváshigiéné, viselkedésterápia, sz. sz. alkalmanként rövid hatástartamú hipnotikum.

A circadian ritmus zavarai

A circadian ritmuszavarai akkor alakulnak ki, diszkrepancia jön létre az endogén, az egyén által sajátjaként kialakított alvás-ébredés ritmus és a külső circadian időtagoló tényezők (nappal és éjszaka váltakozása) működése között. Az alvás-ébredés ritmus zavaraira jellemző egyrészt az elalvás és átalvás nehezítettsége, másrészt az éjszakai alvás elégtelensége miatt a nap folyamán túlzott aluszékonyság.

A circadian ritmus zavarai három fő csoportba sorolhatók:

1. Késleltetett vagy előrehozott alvásfázis szindróma:

Lényege, hogy az elalvás kezdete vagy vége a normális alvásperiódushoz viszonyítva eltolódik. Az alvás folyamata kezdetben nem szenved zavart, de a lefekvés és/vagy felkelés időpontjának eltolódása a későbbiek során nappali aluszékonysághoz vezet. Ide tartoznak:

Késleltetett alvásfázis szindróma: a lefekvés ideje tolong ki. Ezek a betegek a késői lefekvők, csak hosszú órák után képesek elaludni, de ezt követően az alvás szabályosan zajlik. Az alvás pihentető értéke csökken, amikor reggel pontos időben kell felkelni.

Terápia: Legcélravezetőbb a komplex terápia, mely a gyógyszeres terápiát (rövid hatástartamú altatók), a kronoterápiát, a fényterápiát (reggelente), és a pszichoterápiát foglalja magába. Melatonin is hatásos lehet.

Előrehozott alvásfázis szindróma: A betegek a kora esti órákban fekszenek le és kora hajnalban ébrednek fel. Ezt leggyakrabban az időseknel tapasztaljuk. A korai lefek-

vés korai felébredést von maga után, amely átalvási zavar-ként jelenik meg. A diagnózishoz az alvási szokások megfelelő explorációjával juthatunk el.

Terápia: Hatásos lehet a fényterápia, de ezt az esti órákban kell alkalmazni. A kronoterápia során a lefekvés és felkelési időt legalább 3 órával későbbre kell hozni.

2. Irreguláris alvás-ébredés típus:

Ennél az alvástípusnál nincs 24 órás alvás-ébredés ritmus, az alvás és ébredés kaotikus, esetleges. A betegek többsége nem fogja fel kórosnak az állapotát inkább a teljesítménydeficitre ill. hangulatromlásra, panaszkodik. Gyakori előfordulásuk pszichózisokban, személyiségzavarokban, metabolikus zavarokban (májbetegségek) és előrehaladott Alzheimer-kórban.

Terápia: pszichoedukáció, alváshigiénés tanácsok.

3. Szabadon futó típus:

Ebben a típusban az alvás-ébredés mintázat a 24 órás perióduson belül szabálytalan, legalább 3 alvásperiódussal. Gyakran alakul ki, permanens, a standardtól eltérő életvitel nyomán. A teljes alvásidő és szerkezet az életkornak megfelelő.

Terápia: pszichoedukáció, alváshigiénés tanácsok. Sz. sz. gyógyszeres terápia (rövid hatástartamú altatók).

A FOKOZOTT NAPKÖZBENI ALUSZÉKONYSÁG (Excessive Daytime Sleepiness, EDS)

Gyakori panasz. Bár súlyosabb következményekkel járhat, mint az inszomnia (gondoljunk például a volánnál történő elalvás miatt bekövetkezett balesetekre), mégis az inszomniánál kevesebb figyelmet kap.

A fokozott napközbeni aluszékonyság megfelelő mennyiségű éjszakai alvás ellenére napközben, különböző - többnyire jellemző - napszaki pozícióban és intenzitással jelentkező, akaratunktól független alvásrohamokból és/vagy álmos időszakokból áll.

Hiperszomniáról beszélünk, ha a túlzott nappali aluszékonyság, alvási attackok, valamint álomittasság legalább 1 hónapig tart, naponta vagy epizodikusan hosszabb időintervallumban ismétlődik. Nehézséget okoz a munkahelyi teljesítmény és a szociális élet terén, ez depresszióhoz, izolációhoz is vezethet.

Primer idiopátiás hyperszomnia:

A hyperszomnia olyan formája, ahol a megnövekedett alvásmennyiség ismeretlen eredetű, nem vezethető vissza

pszichés vagy szomatikus zavarra. Lehet stresszhelyzetre adott válasz de, előfordulhat általános alkalmazkodási zavar részeként is. Egy részük kétségtelenül genetikus eredetű.

Típusos tünet a mély és elhúzódó éjszakai alvás, túlzott nappali aluszékonyság, nappali mély alvás vagy gyakori nappali alvási epizódok. A zavar típusosan a 25. életév előtt jelenik meg.

A panasz legalább 6 hónapja fennáll, és 18 hónapon belül nem előzte meg koponya vagy agyi trauma.

Differenciál diagnosztikai szemponttól alapvető fontosságú az alvási apnoe, a narkolepszia, a posttraumás hyper-szomnia és a depresszió által kiváltott nappali aluszékonyságtól.

Terápia: Pszichostimulánsok alkalmazása. Az esti feladatok és a reggelre tervezett elfoglaltságok az alvás lerövidülését és az álomittasság nélküli felkelést segíthetik.

Obstruktív alvási apnoe szindróma (Obstructive Sleep Apnea Syndroma, OSAS):

Alapvető klinikai jellemzője az alvás közbeni repetitív apnoe (légzésszünet) és/vagy garatbeszűkülés, melyeket klinikai tünetcsoportként hangos és irreguláris horkolás, motorosan nyugtalan alvás és napközbeni aluszékonyság kísér.

Az alvás alatt bekövetkező felső-légúti (oropharynx) ismétlődő és átmeneti elzáródás és/vagy beszűkülés következtében a vér oxigén telítettsége igen gyorsan csökken, a szén-dioxid szint lassabban emelkedni kezd, melynek hatására forszírozott légzés, szimpatikus izgalom (ennek következtében vazokonstriktio, vérnyomás emelkedés) és intracranialis nyomásfokozódás lépe fel. A megemelkedett intracranialis nyomás és a légzőközpont izgalma, prompt bradycardiát; a hypoxiás stressz indukálta szimpatikotónia és noradrenalin release pachycardiát provokál. Így alakul ki a bradycardia és tachycardia ciklusos változásából álló, az obstruktív apnoea igen jellemző, ún. bradycardia - tachycardia swing.

A súlyos bradycardia veszélyes kamrai ritmuszavarhoz, szívmegeálláshoz vezethet.

Az intracranialis nyomás növekedése jelentősen csökkenti az agyi vérátáramlást, az artériás vér O₂ telítettségének csökkenése jön létre. A bekövetkező asphyxiás ébredési reakció révén kóros alvásfragmentáció jön létre. A betegek gyakorlatilag alig jutnak el a mély alvásig, többnyire a felületes alvástádiumokban szenderegnek, ami krónikus alvásmegvonáshoz, súlyos nappali aluszékonysághoz vezet.

Az OSAS tünetei: Kóros horkolás, fokozott napközbeni aluszékonyság, napközbeni szellemi és fizikai fáradtság, jellemző mentális deficit-tünetek (koncentrációképesség csökkenése, feledékenység), ingerlékenység, durva mozgásokkal megszakított alvás, nycturia, éjszakai izzadás.

Bár az ébredések túlnyomó része nem tudatosodik a betegekben, elsősorban súlyos OSAS-ban szenvedőknél előfordulnak mellkasi diszkomfort érzéssel, fulladással, palpítatioval járó éjszakai ébredések, ill. nyomasztó, általában üldöztetési vagy konkrétan fuldoklásos rémálmok.

OSAS bizonyított rizikófaktorok a következő betegségeknek és kórképeknek: hypertonia (különösen non-dipper hypertonia), szívritmuszavar, angina pectoris, fokozott trombóziskészség, myocardialis infarctus, stroke, inzulinrezisztencia, depresszió.

Kezelés:

- **CPAP terápia (pozitív nyomású légsínterápia - Continuous Positive Airway Pressure):**

A kezelés lényege, hogy jól záródó és a beteg által jól tolerálható, speciális anyagból készült orrmaszk vagy orrszáj maszk segítségével folyamatos pozitív levegőnyomást biztosít a felsőlégutakon keresztül a tüdő felé. A pozitív nyomás 5–20 vízcm-es túlnyomást jelent. Ez nem lélegez-teti a beteget, hanem állandó légpárnával sínezi a collap-sibilis garatszaksaszt.

- **Száj és garat protézisek:**

A kezelés célja a garatrés nyitva tartása alvás alatt. A protéziseknek több változata létezik. Használatuk javasolt horkolásban, ellenjavallt obesitas, fogászati alkalmatlanság, illetve súlyos OSAS esetén.

- **Műtéti beavatkozások:**

Sebészi eljárások indikációi OSAS-ban:

- Az elzáródást malignus szövetszaporulat, vagy az elzáródásért egyértelműen felelőssé tehető morfológiai elváltozás okozza
- Az OSAS klinikailag súlyos és a beteg a nem sebészi eljárásokat képtelen alkalmazni.
- Ha a műtét a nem sebészi módszerek terápiás hatékonyságát javítja.

Életmód változtatás, testsúlycsökkentés, gyógyszerek, orrlégzést javító eszközök szintén hasznosak lehetnek.

Alapelv, hogy OSAS-ban a hipnoszedatívumok, szedatív antihisztaminok és alkohol fogyasztását kerülni kell.



Narkolepszia

A narkolepszia genetikai hátterű betegség, amely az alvászavarok egyik különleges formáját képviseli.

A narkolepszia négy fő tünete:

1. *Excesszív napközbeni aluszékonyság:* Ez a tünet, vagy mint állandó fáradékonyság, túlzott aluszékonyság, vagy mint imperatív elalvás jelentkezik.

A napközbeni alvási attackok (nappali alvási roham = narkolepszia) rövid ideig tartanak. Az alvásepizódok hetven százaléka 20 percnél, tizenöt százaléka 30 percnél rövidebb. Ritkán előfordulnak fél, egy-két óránál hosszabb rohamok is. A betegek 80%-a kevesebb, mint 4 epizódot mutat naponta.

A roham bárhol bekövetkezhet, lezajlása lehet szinte észrevétlen, de okozhat a betegnek kellemetlen helyzetet is. Tipikusan előfordulhat étkezés közben vagy szórakozáskor, meleg szobában, monoton tevékenységénél, olvasáskor vagy közlekedés során (például gyalogátkelőhelyen, kerékpározáskor, síeléskor, autóban stb.), amely növeli a balesetveszélyt. Ilyenkor a beteg nem mindig tud leülni vagy lefeküdni és arra tér magához, hogy tömeg veszi körül.

2. *Cataplexia:* Mindig kétoldali, szimmetrikus, hirtelen tónusvesztés (a szemmozgató izmok kivételével) a harántcsíktolt izmokban, melyet többnyire erős emóció vált ki, esetenként myoclonus kísérhet, és igen ritkán jár sérüléssel.

A rohamok hossza általában 15–30 másodperc, maximális időtartam 2 perc. A rohamok alatt eszméletvesztés nincs. A betegek 60%-a heti, vagy napi három, vagy annál több attackot szenved el.

Jellemző a kiváltó emóciók sorrendje: harag, meglepetés, elragadtatás, lelkesedés.

A roham kezdete összefügghet nevetéssel. Atletizálás, szexuális tevékenység gyakran, úszás ritkán, gépkocsivezetés elvéve provokál.

3. *Hypnagog hallucinációk:* Vivid, – több mint 50%-ban – fenyegető, álomszerű élmények, melyek főleg az elalváskor jelentkeznek.

A hypnagog hallucinációk legtöbbször komplex optikai látomások, de lehetnek csak egyszerű színes formák, az esetek felében ember, felében állatok (hüllők, bogarak, szörnyek) az ijesztő, az alvót fenyegető élmények szereplői.

A hypnagog hallucinációk a beteget megijeszti, jellemző az álmodással kapcsolatos félelemérzés.

4. *Alvásparalízis:* Akaratlagos mozgás képtelensége, időtartama pár másodperctől néhány percig tarthat. A betegek a roham alatt nem képesek beszélni, hangot adni vagy a szemüket kinyitni. Eszméletüknél vannak, képesek környezetüket érzékelni.

Az alvási bénulás spontán oldódik, amennyiben külső személy észleli, erős ébresztő ingerrel (kisebb ütés, hang) megszakítható.

A narkolepszia valamennyi életkorban megjelenhet, de leggyakrabban a pubertás és fiatal felnőttkorban diag-

nosztizálják. Kezdetben a pubertás környékén vagy közvetlenül utána monoton helyzetekben aluszékonyság és alvási attackok alakulnak ki. Ezután jelentkezik a cataplexia és/vagy hypnagog hallucináció, ritkábban az alvási bénulás és végül az éjszakai alvászavar szétdarabolt alvási ciklussal. Ezek a tünetek évekre, sőt évtizedekre megszűnhetnek, közben újból kiújulhatnak.

Kezelési lehetőségek: A narkolepszia betegek kezelése alváslaboratóriumokban történik. Mindig kombinált, tartalmaznia kell farmakológiai elemeket (pszichostimulánsok adása), életmódbeli változtatásokat és szociális elemeket a gondozás keretében.

Nyugtalan láb szindróma és periodikus lábmozgás lavar (Restless Leg Syndrome, RLS, Periodic Leg movement Syndrome, PLMS)

A nyugtalan láb szindróma az alvásfüggő mozgászavarok csoportjába tartozó, gyakran fel nem ismert körkép, a krónikus alváselégtelenség és napközbeni aluszékonyság második leggyakoribb oka.

Fő tünetei:

1. Ellenállhatatlan mozgáskészletés a lábokban, melyeket gyakran nehezen tűrhető, irritáló fonákérzések (zsibbadás, bizsergés, égés, bizarr, nehezen leírható szenzációk) kísérnek. Legkevésbé az egy lábon álló testhelyzet provokál.

2. Fenti tünetcsoport motoros nyugalom, nyugalmi éber állapot, elalvás körüli helyzet körülményei között indul, illetve rosszabbodik. Leginkább a fekvő, ülő, kevésbé az álló, legkevésbé az egy lábon álló testhelyzet provokál.

3. A mozgáskészletést és/vagy fonákérzéseket az érintett végtag (ok) mozgatása mérsékli, vagy szünteti (gyaloglás, egyhelyben járás, lábdörzsölés, lábfelrántás stb.). a javulás többnyire csak a mozgás idejére korlátozódik.

4. A tünetek az esti-éjszakai órákban kezdődnek, illetve rosszabbodnak. Igen súlyos beteg esetében ez a napszaki jelleg elmosódhat.

Az RLS mögött a klinikai jellemzők alapján az alváselégtelenség szabályozáshoz szorosan kapcsolódó, összetett patomechanizmust lehetett feltételezni, az utóbbi évek kutatási eredményei a posztzinaptikus dopamin receptorok, ezen belül is elsősorban a D2 receptor család D3 és D2 altípusának diszfunkcióját mutatták ki.

A betegség oka ismeretlen. Bár familiaris halmozódást leírtak, a genetikai vizsgálatok mindeddig nem adtak statisztikailag bizonyító eredményt.

Az RLS-t primér (a betegek 30–40%-a), illetve másodlagos csoportra osztjuk (pl. dializált vesebetegekben, okozhatja vashiány, terhesség, diabeteshez, rheumatoid arthritishez társuló RLS stb.)

Periodikus lábmozgászavar: A klinikai képet napközbeni mentális deficit tünetek, az excesszív napközbeni aluszékonyság első és másodlagos megnyilvánulásai és/vagy krónikus inszomnia jellemzi. A patogén, alvás alatti, periodikus, többnyire alsó végtagokban fellépő trifixiók mozgásokat alváslaboratóriumi vizsgálat fed fel. A mozgások

4. táblázat Alvásbúgénéés tanácsok

1. Tartson szigorú napirendet! Lehetőleg mindig azonos időben keljen fel és feküdjön le, hétköznapokon és hétvégén egyaránt.
2. A rendszeres sportolás, mozgás javítja az alvás minőségét. De: lefekvés előtt 3–4 órával ne végezzen megerőltető tevékenységet, ne sportoljon intenzíven!
3. A lefekvés előtti órákban ne fogyasszon erős, zsíros ételeket, sem alkoholt és ne dohányozzon!
4. Korlátozza a koffeintartalmú italok (kávé, tea, kóla, kakaó) fogyasztását, különösen a késő délutáni és esti órákban!
5. Alakítson ki megfelelő elalvási szokásokat! (Legyen rutinszerű a tisztálkodás, fogmosás stb.)
6. Fordítson figyelmet a megfelelő alvási környezet kialakítására (tiszt levegő, csendes, sötét szoba, szükség esetén füldugó, megfelelő páratartalom, megfelelő keménységű matrac és párna, természetes anyagokból készült ágynemű. Hálórúha stb.)!
7. Az elalvást segítheti a könnyű, nagy szénhidrát-tartalmú vacsora, a meleg fürdő, a hűvös szoba (meleg paplannal), a relaxáció (pl. zenehallgatás, olvasás, relaxációs gyakorlatok) és egy pohár tej.

következtében kialakuló ébredési reakció megakadályozza a mélyebb alvást és a beteget a felületesebb alvási stádiumokban tartja. A krónikus inszomniában szenvedő betegek 13%-ánál figyelhető meg ez a jelenség.

Terápia: A betegek kezelése alváslaboratóriumokban történik. Mindig kombinált, tartalmaznia kell farmakológiai elemeket (dopaminerg szerek, benzodiazepinek, antiepileptikumok), életmódbeli változtatásokat és szociális elemeket.

8. A hálószobát csak alvásra, relaxációra és szeretkezésre használja. Ne egyen, ne nézzen tévét, ne dolgozzon az ágyban!
9. Lehetőleg ne aludjon napközben, kivéve, ha speciális alvásproblémája miatt ezt orvosa kéri.
10. Ne feküdjön le túl korán, és ha fél órán belül nem alszik el (illetve ha felébred éjszaka és képtelen visszaaludni) keljen fel az ágyból, menjen át egy másik szobába, és ott olvasson, pihenjen. Ilyenkor ne egyen, ne igyon és ne dohányozzon. Csak akkor térjen vissza ágyába, ha már kellően álmos! Próbálja az ágyban töltött időt a tényleges alvási időre korlátozni.
11. Ébresztőóráját az éjszaka során tartsa hátrafordítva, s éjszakai felébredései során ne nézzen automatikusan az órára!
12. Ne feledje, hogy napközbeni tevékenységei nagymértékben befolyásolják éjszakai nyugalmát, s éjszakai pihenése visszahat napközbeni éberségére, testi teljesítőképességére és lelkiállapotára!

További információ: www.orvosikozpont.hu



✂

	a	b	c
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Név: _____

Cím: _____

Pecsétszám: _____

Med. Univ. 2009. áprilisi szám
1426 Budapest, Pf. 155.