initial and, in some cases, a fully sufficient step in diagnosing sleep-wake disorders is interviewing the patient and taking sleep history while using questionnaires (Epworth Sleepiness Scale, sleep diary, etc.). Polysomnography is the basic examination technique. The diagnosis of obstructive sleep apnoea (OSA) involves a simplified form of polysomnography – limited polygraphy – and, in the first-line diagnosis, a screening test as well. An advantage of these methods is their outpatient use. Excessive daytime sleepiness is mainly diagnosed by using the Multiple Sleep Latency Test (MSLT) and the Maintenance of Wakefulness Test (MWT). Insomnia, obstructive sleep apnoea, and some parasomnias are the most prevalent disorders in the population. Recently, there has been an increase in the occurrence of circadian rhythm sleep disorders due to societal changes.

Key words: medical history, polysomnography, limited polygraphy, Epworth Sleepiness Scale (ESS), Multiple Sleep Latency Test – MSLT, Maintenance of Wakefulness Test – MWT.

Výskyt onemocnění souvisejících s nekvalitním spánkem a denní bdělostí ve světě rychle narůstá, a to nejen v zemích s rozvinutou ekonomikou, ale i v rozvojovém světě (1, 2). Přestože se nejedná v naprosté většině o onemocnění, která vyžadují akutní intervenci, je třeba jim věnovat náležitou pozornost. Jejich důsledky v mnoha rovinách významně ovlivňují kvalitu našeho života a dožití, včetně zdravotního stavu. Nekvalitní spánek znamená především nevyspalost, neodpočatost, nadměrnou spavost. Tyto příznaky vedou k snížení našeho výkonu, zhoršení nálady a dalším důsledkům. Významně tak jsou ovlivňovány naše socioekonomické vztahy. Mikrospánek v důsledku nekvalitního nočního spánku vede k různým nehodám, nemalé množství dopravních nehod končí těžkým zraněním či fatálně (3–5). Z medicínského hlediska mohou vést k rozvoji či akcentaci mnoha onemocnění (6, 7). Vzhledem k rozšíření a svým důsledkům se největší pozornosti těší obstrukční spánková apnoe (OSA) (kardiovaskulární a metabolické důsledky v důsledku fragmentace spánku a repetitivním desaturacím) a nespavost (souvislost s psychiatrickými chorobami) (2, 8). V poslední době narůstá kvůli společenským změnám i význam cirkadiánních poruch, zvláště v důsledku směnného provozu. Rozdělení poruch spánku a bdění podle poslední mezinárodní klasifikace ICSD 3 ukazuje tabulka 1, prevalence nejvýznamnějších poruch spánku a bdění je uvedena v tabulce 2 (9, 10, 11).

Vyšetřovací algoritmus ve spánkové medicíně se nijak neodlišuje od ostatních oborů. Základem je odběr anamnézy spolu s laboratorními vyšetřovacími metodami. Spánkovou anamnézou můžeme v nekomplikovaných případech, např. u nespavosti, syndromu neklidných končetin (RLS), plně rozkrýt příčiny obtíží pacienta a mnohdy stanovit diagnózu bez dalších pomocných vyšetření. Z tohoto důvodu je třeba jí věnovat dostatečnou pozornost. Při kontaktu s pacientem v první linii (praktický lékař, ambulantní specialista) jde především o diferenciálně diagnostickou rozvahu se zhodnocením, zda pacienta doporučit k somnologovi či zda je problém zvládnutelný in situ.

Nejdůležitější anamnestické dotazy se týkají

- denního režimu pacienta – činnosti přes den, pracovní doba (směnný provoz), nepravidelnosti v režimu spánek-bdění, podrobněji monitorujeme režim před ulehnutím
- usínání – prostředí, doba uléhání, latence usnutí, důvod prodloužené latence