



Diagnostika: Somaticky bývá pacient na první pohled nápadný – nejčastěji obézní muž (poměr mezi muži a ženami je udáván v intervalu 2–3 : 1) středního až vyššího věku, poklimbávající v klidových situacích. V anamnéze se zaměřujeme na popsání příznaků. OSA je potvrzována polysomnograficky, kdy můžeme rozlišit jednotlivé typy poruch dýchání ve spánku a stanovit její tíži – lehká při AHI 5–14, střední při AHI 15–30, těžká při AHI > 30. Vzhledem k časové a ekonomické náročnosti vyšetření je v běžné praxi suverénní metodou limitovaná polygrafie. Nejen ekonomika, ale i možnost vyšetření pacienta v domácích podmínkách favorizuje tuto metodu v diagnostice OSA před polysomnografií. Nezbytnou součástí diagnostického algoritmu je ORL vyšetření, v případě komorbidit i pneumologické vyšetření včetně spirometrie a kardiologického vyšetření (12, 19).

Narkolepsie, narkolepsie bez kataplexie

Narkolepsie znamená zvýšenou denní spavost s imperativním usínáním během dne a nekvalitním nočním spánkem. Podle přítomnosti kataplexie (náhlé stavy atonie či jen poklesů svalového tonu vázané na emoce) ji dále rozdělujeme na typ 1 (NT1) – narkolepsie s kataplexií a sníženou hodnotou hypokretinu a typ 2 (NT2) – narkolepsie bez kataplexie s normální nebo lehce sníženou hladinou hypokretinu. U obou typů mohou být přítomny další projevy disociace REM spánku – hypnagogické halucinace, spánková obrna a automatické chování. Jejich výskyt je méně frekventní. Naprostá většina pacientů je HLA DQB1*0602 pozitivní.

V diagnostice narkolepsie se při anamnestickém odběru dat zaměřujeme na základní příznaky. Nejčastěji se objevuje v časně dospělosti. Kataplektické záchvaty mohou onemocnění předcházet či se mohou objevit až po delším trvání nadměrné spavosti. V takovém případě je

nutno přehodnotit diagnózu z NT2 na NT1. Z laboratorních vyšetření je suverénní metodou test MSLT. Průměrná latence usnutí kratší než 8 minut a přítomnost REM spánku ve dvou z 5 testů v prvních 15 minutách po usnutí postačuje ke stanovení diagnózy. Samozřejmostí je polysomnografické vyšetření, abychom vyloučili jiné příčiny nadměrné denní spavosti. MSLT má bezprostředně navazovat na polysomnografii. Doplnujícím vyšetřením je aktigrafie, prováděná minimálně po dobu jednoho týdne a stanovení HLA haplotypu. Vybrané certifikované laboratoře stanovují hladinu hypokretinu/orexinu v likvoru (9, 11).

Syndrom neklidných nohou (RLS)

RLS je definován 4 základními diagnostickými kritérii:

- nutkání k pohybu dolními končetinami obvykle spojené s nepříjemnými pocity v nich
- následný pohyb uleví částečně nebo zcela, minimálně po dobu jeho trvání
- stav začíná nebo se zhoršuje v klidu (odpočinek, nečinnost)
- maximum výskytu večer nebo v noci

Patofyziologický podklad RLS není jednoznačně znám, předpokládá se porucha metabolismu železa v CNS a dále snížená inhibice senzomotorických kortikálních a spinálních systémů. Nemoc se vyskytuje ve formě idiopatické a sekundární (sideropenie, těhotenství, renální selhání, farmakoterapie – typická neuroleptika, tricyklická antidepresiva, mirtazapin, mianserin, selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, metoclopramid). RLS postihuje častěji ženy, výskyt je častější v těhotenství a s přibývajícím věkem.