



V diagnostice plně postačuje anamnestické ověření čtyř základních kritérií. Tíži pomůže určit IRLSS. Jako doplňkové vyšetření je indikováno zjišťování hladiny ferritinu v plazmě, kdy při hladinách nižších než 75 ug/l je prokázán těžší průběh RLS. Na specializovaných pracovištích doplňujeme hladiny železa na lačno, vazebnou kapacitu železa, saturaci transferinu a renální parametry. V diferenciální diagnostice je nutné vyloučit hlavně polyneuropatii, žilní insuficienci nebo vertebrogenní obtíže. Polysomnografické vyšetření či aktigrafie spíše odhalí RLS v těch případech, kdy si pacient stěžuje na nekvalitní spánek či zhoršenou denní bdělost, avšak neuvědomuje si nutkové pocity v končetinách (9, 11, 12).

Poruchy cirkadiánního časového systému

Mezi nejčastěji se vyskytující poruchy cirkadiánního časového systému patří poruchy spojené s předsunutou/zpožděnou fází spánku a bdění, kdy spánek jedince vykazuje normální architekturu, ale doba usínání je předsunuta/zpožděna oproti konvencím minimálně o 2 hodiny. Z uvedeného posunu vyplývá probouzení, které je předsunuté/zpožděné vzhledem ke konvenční době. Pokud jedinec nedokáže přizpůsobit svůj posunutý rytmus společenským normám a potřebám, projeví se obtíže vyplývající z nedostatečné doby spánku. Zpožděná fáze spánku je typická pro mladší věk, předsunutá fáze je naopak typická pro starší jedince. V souvislosti se společenskými změnami a rozvojem směnného provozu narůstá v posledních desetiletích výskyt poruchy spojené se směnným provozem. Projevují se nespavostí a/nebo zvýšenou denní spavostí a ovlivněním kvality denního života, ale i somatickými obtížemi v důsledku redukce spánku v období směnného provozu. Obtíže většinou mizí s návratem do běžného režimu, mohou však přetrvávat

i dlouhodobě (10, 11). V diagnostice cirkadiánních poruch hraje hlavní roli pečlivý odběr anamnézy, aktigrafické vyšetření, event. spánkový deník. Vyšetření hormonů s cirkadiánní rytmitou je dostupné jen na specializovaných pracovištích.

Parasomnie

Mezi nejvýznamnější poruchy probouzení z NREM spánku patří **probuzení se zmateností**, které je často spojeno se somnambulismem a nočními děsy. Jednotky mají společný patofyziologický mechanismus, genetickou predispozici i spouštěcí faktory. Některé projevy mohou mezi sebou přecházet nebo se kombinovat. Jsou vázány hlavně na dětský věk, v dospělosti jejich výskyt podstatně klesá. Pro uvedené jednotky jsou typické opakované epizody neúplného probouzení z NREM spánku s neadekvátní nebo žádnou reakcí na vnější snahy o přerušování epizody nebo usměrnění jejího průběhu a omezená nebo žádná kognitivní aktivita. Typicky se udává částečná nebo úplná amnézie na epizodu. Mohou probíhat i nepozorovaně. Frekvence kolísá od sporadických epizod až po několik za noc s nejčastější vazbou na 1. třetinu spánku (10, 11).

Z REM parasomnií má významný klinický význam **porucha chování v REM spánku** (RBD – REM behavior disorder). U pacientů dochází k opakovaným epizodám vokalizací a/nebo komplexního motorického chování vázaného na REM spánek. Chování vyvolané snem má většinou ohrožující nebo ochranný charakter, z kterého mohou vyplývat četná zranění. Sen je pacient schopen vyprávět jako koherentní příběh. RBD se vyskytuje ve formě idiopatické nebo sekundární – při neurodegenerativních onemocněních s ukládáním synukleinu v mozku (Parkinsonova nemoc, demence s Lewyho tělísky, multisystémová atrofie), při narkolepsii.