



Onemocnění začíná nejčastěji po 50. roce života, více u mužů, při užívání antidepressiv. Patofyziologickým podkladem RBD je usazování synukleinu v mozku. **Rekurentní izolovaná spánková obrna** je charakterizována opakovanou neschopností pohnout trupem a všemi končetinami při usínání nebo probouzení. Epizoda trvá sekundy až několik minut a způsobuje klinicky významnou nepohodu včetně úzkosti při uléhání nebo strachu ze spánku. Výskyt akcentují často poruchy spánkové hygieny (10, 11).

Pro **poruchu s nočními můrami** je typický výskyt dlouhých, extrémně nepříjemných snů, které si pacient dobře pamatuje. Sny obvykle obsahují ohrožení života, bezpečí nebo tělesné integrity. Po probuzení je jedinec rychle orientovaný a bdělý. Výskyt v dětství je častý, v dospělosti klesá. Noční můry mohou být vyvolané i traumatem a jsou nejčastějším referovaným symptomem u pacientů s posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD) a mohou přetrvávat i po odeznění PTSD po zbytek života (10, 11).

U parasomnií je indikováno polysomnografické vyšetření hlavně v případě nejednoznačných klinických projevů nebo při diferenciálně diagnostických rozpacích. Limitací indikace polysomnografie je většinou sporadický výskyt obtíží – ne vždy se podaří zachytit poruchu

během videopolysomnografie. Její polysomnografický korelát naopak nacházíme u nemalé části vyšetřovaných, kteří nejeví žádné obtíže stran parasomnií. Výjimku tvoří RBD, kdy je polysomnografie jednoznačně indikována. Diagnostickým korelátem je zachycená porucha atonie v REM spánku.

### Závěr

Poruchy spánku a bdění dlouho nestály v popředí zájmu odborné veřejnosti. V posledních letech však již pronikají do kurikul pregraduální i postgraduální výuky na lékařských fakultách a zvyšuje se i zájem laické veřejnosti. Opomíjení důsledků poruch spánku stojí společnost nemalé prostředky, které se dají včasnou diagnostikou i léčbou významně redukovat. Velkou výhodou diagnostiky a léčby většiny poruch spánku a bdění je možnost ambulantní diagnostiky a léčby. Pro pacienty odpadá dyskomfort v souvislosti s hospitalizací, pro plátce zdravotního pojištění klesají zvýšené náklady za hospitalizaci. Uvědomění si těchto základních faktů bude znamenat nejen zlepšení kvality péče o pacienty, ale přinese i nemalý socioekonomický efekt.

## LITERATURA

1. Peppard PE, Hagen EW. The Last 25 Years of Obstructive Sleep Apnea Epidemiology-and the Next 25? Am J Respir Crit Care Med. 2018; 197(3): 310–312. doi: 10.1164/rccm.201708-1614PP. PMID: 29035088.
2. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. J Sleep Res. 2017; 26: 675–700. doi:10.1111/jsr.12594.
3. Goncalves M, Amici T, Lucas R, et al. Sleepiness at the wheel across Europe: a survey of 19 countries. J Sleep Res. 2015; 24: 242–253.
4. Garbarino S, Guglielmi O, Sanna A, et al. Risk of Occupational Accidents in Workers with Obstructive Sleep Apnea: Systematic Review and Meta-analysis. Sleep. 2016; 39(6): 1211–1218.
5. Hirsch Allen AJ, Park JE, Daniele PR, et al. Obstructive sleep apnoea and frequency of occupational injury. Thorax. 2016; 71(7): 664–666.
6. Hossin MZ. From habitual sleep hours to morbidity and mortality: existing evidence, potential mechanisms, and future agenda. Sleep Health. 2016; 2(2): 146–153. doi: 10.1016/j.sleh.2016.01.006
7. Tan X, Chapman CD, Cedernaes J, Benedict C. Association between long sleep duration and increased risk of obesity and type 2 diabetes: A review of possible mechanisms. Sleep Med Rev 2018; 40: 127-134. doi: 10.1016/j.smrv.2017.11.001
8. Pretl M. Metabolické poruchy a spánek. Časopis lékařů českých 2019; 158: 185–192.
9. Bassetti C, et al. Sleep Medicine Textbook. Regensburg: European Sleep Research Soci-