

Poruchy spánku a chorobné projevy související se spánkem/PGS



Tento článek je určen pro postgraduální studium

Prosíme, neprovádějte věcné editace, nemáte-li potřebnou kvalifikaci. Editujte s rozvahou. Věcné změny nejprve projednejte v diskusi.

Poruchy spánku

Poruchy spánku se podle nejnovější **mezinárodní klasifikace** dělí do 8 skupin:

1. **Insomnie**
2. **Poruchy dýchání ve spánku**
3. **Hypersomnie centrálního původu**
4. **Poruchy cirkadiálního rytmu**
5. **Parasomnie**
6. **Abnormální pohyby ve spánku**
7. **Izolované příznaky**
8. **Jiné poruchy spánku**

Nejčastější spánkové obtíže, které jsou důvodem k vyšetření:

- **poruchy dýchání ve spánku** (chrápání, dechové zástavy, noční dušnost)
- **nespavost** (poruchy usínání, porucha kontinuity spánku a předčasné probouzení)
- **nadměrná denní spavost**
- **atypické noční chování či motorické projevy**

Anamnéza u poruch spánku

- čas ulehnutí, čas usnutí, pocit neklidu nohou při usínání s nutkáním k pohybu končetinami, kontinuita nočního spánku, počet nočních probuzení a jejich důvod, nykturie, chrápání, dechové zástavy, stavy noční dušnosti, noční palpitace, motorická noční aktivita (na lůžku i mimo něj), vokalizace ve spánku, sny (barvité, živé, provázené pohybovou aktivitou), doba ranního vstávání, pocit osvěžení po ránu, ranní bolesti hlavy a pocit sucha v ústech, denní ospalost – počet a délka denních spánků, následný pocit osvěžení, stavy náhlé ztráty svalového tonu vázané na emoce, spánková obrna
- celková doba potíží, koincidence doby vzniku s jinými událostmi (stres, ztloustnutí, úraz hlavy, infekce, změna pracovního zařazení, léky, jiné neurologické onemocnění, apod.), denní režim (směnný, nepravidelný, atd.)

Subjektivní hodnocení denní spavosti

1. **Subjektivní hodnocení denní spavosti** – škála *Epworth Sleepiness Scale (ESS)*
2. **Spánkový deník** – záznam spánku a bdění v delším časovém období (např. 4 týdny)

Pomocná vyšetření, indikace vyšetřovacích metod ve spánkové laboratoři

Polysomnografie

Celonoční vyšetření ve spánkové laboratoři. K rozlišení spánku a bdělosti a jednotlivých stádií spánku je nutné **současné snímání EEG** – elektroencefalografie (minimálně 2 svody), **EOG** – elektrookulografie – registrace horizontálních a vertikálních pohybů očních bulbů a **EMG svalů brady**. Zároveň se sledují další parametry, které umožní diagnostikovat event. poruchy spánku – **proud vzduchu před nosem a ústy, mikrofon, dechové pohyby** hrudníku a břicha, **EKG, saturace** hemoglobinu kyslíkem, **EMG svalů bérce**. Současný **videozáznam** je výhodný.

- **Indikace:** nadměrná denní spavost, ventilační porucha ve spánku nebo periodické pohyby končetin, abnormní chování či pohybová aktivita ve spánku, noční paroxysmální projevy nejasné etiologie (noční epilepsie, parasomnie), vzácně insomnie.

Limitovaná polygrafie

Rovněž celonoční vyšetření dýchání, EKG a oxymetrie, lze provést i mimo spánkovou laboratoř.

- **Indikace:** ventilační porucha ve spánku.

Aktigrafie

Několikadenní monitorace pohybové aktivity snímané z horní končetiny při podezření na poruchy cirkadiánního rytmu, vyšetření insomnie a hypersomnie, či 3x za sebou noční monitorace pohybů dolních končetin jako screeningová metoda záchytu periodických pohybů končetinami ve spánku.

Test mnohočetné latence usnutí (MSLT)

Opakované polysomnografické 20minutové měření po usnutí (jen EEG, EOG a EMG) během dne – latence usnutí a event. stadia spánku.

- **Indikace:** verifikace a kvantifikace nadměrné denní spavosti, podezření na narkolepsii (zde MSLT podmínkou stanovení diagnózy).

Titrace CPAP a BiPAP

U pacientů s ventilační poruchou ve spánku indikovaných k léčbě přetlakem v dýchacích cestách (CPAP) či k léčbě neinvazivní tlakově řízenou ventilační podporou (BiPAP).

Poruchy dýchání ve spánku

Symptomy

Ronchopatie (chrápání), opakující se dechové zástavy či změlnění dechu, neosvěživý noční spánek, nadměrná denní spavost a únava, ranní bolesti hlavy, sucho v ústech, poruchy soustředění, kognitivní poruchy, insomnie, noční probouzení s pocitem nedostatku dechu, nykturie.

Významná je **asociace s jinými onemocněními** – obezita, nervosvalová onemocnění, gastroesofageální reflux, deformity hrudníku, abnormity obličejového skeletu a dentice, hypotyreóza, obstrukční plicní nemoc (CHOPN), akromegalie aj. Poruchy dýchání ve spánku vedou k hypertenzi, k zvýšené aterogenezi, k ischemickým cévním mozkovým příhodám a metabolickému syndromu.

Diagnostika

Polysomnografie či **limitovaná polygrafie**. V případě potvrzení diagnózy ORL vyšetření, konzultace stomatochirurga včetně RTG-cefalometrie, spirometrie event. komplexní plicní vyšetření, event. vyšetření arteriálních krevních plynů a parametrů acidobazické rovnováhy.

Obstrukční spánková apnoe (OSA)

Opakující se epizody **změlněného dýchání** (*hypopnoe*) či **dechové zástavy** (*apnoe*) na pokladě **kolapsu či zúžení horních cest dýchacích** (hltnu) během spánku při zachovalém dýchacím úsilí. Apnoe a hypopnoe vedou k probouzecím reakcím, které fragmentují spánek, současně vyvolávají vzestup srdeční frekvence a krevního tlaku a poklesy saturace hemoglobinu kyslíkem.

Léčba

- V první řadě **režimová opatření** – redukce hmotnosti, abstinence kouření a večerní konzumace alkoholu a hypnotik, nespát na zádech.
- Kontinuální přetlak v dýchacích cestách (**CPAP**, viz obrázek).
- **Chirurgické řešení** (ORL či stomatochirurgie) při známé odstranitelné abnormitě, pokud není vzhledem ke komorbiditě (obezita, interní onemocnění apod.) nepřiměřené riziko operace.

Centrální spánková apnoe (CSA)

Rekurentní pokles ventilace ve spánku na podkladě snížení dýchacího úsilí nebo po hyperventilaci. Symptomy a následky jsou obdobné jako u OSA. V praxi nejčastěji u kardiálního selhávání při kongesci v plicním řečišti, při poruše dechových center v mozkovém kmeni na podkladě jak vrozeném, tak získaném (např. cévní mozkové příhody).

Léčba

Léčba základního onemocnění, neinvazivní tlakově řízená ventilační podpora (BiPAP) či CPAP, oxygenoterapie.

Hypoventilace/hypoxemické syndromy



Pacient napojený na CPAP

Pokles saturace O₂ ve spánku má **plynulý charakter**, zachycena nepravidelnost dechu a jeho nižší amplituda spíše než jasné dechové pauzy, nemusí být přítomny probouzeční reakce. Nejčastěji při **onemocněních plicního parenchymu**, zvl. intersticiální plicní fibrózy, CHOPN, **stenózách laryngu**, **nervosvalových onemocněních** (myastenien, svalové dystrofie, těžké malformace hrudníku) a značná obezita.

Léčba

Léčba základního onemocnění, symptomaticky BiPAP, v indikovaných případech i oxygenoterapie (není vhodná u nervosvalových onemocnění).

Insomnie

Symptomy

Obtížné usínání, přerušovaný spánek, předčasné probouzení, neosvěžující spánek, denní obtíže – únava až ospalost, poruchy koncentrace a paměti, zvýšená tenze, podrážděnost, úrazovost, změny až poruchy nálady, snížená motivace, somatické obtíže (bolesti hlavy, zažívací obtíže).

Diagnóza

Na podkladě anamnézy, výjimečně nutná polysomnografie k vyloučení organické poruchy spánku.

Základní etiologické jednotky insomnie a základní příznaky:

1. **Přechodná** (tranzientní, akutní) – trvání do 4 týdnů, stresově navozená, např. akutní somatické onemocnění, pracovní zátěž, rodinné problémy apod.
2. **Chronická** (psychofyzilogická, naučená, fixovaná) – úzkost z nemožnosti spánku předcházející ulehnutí, strach z nevyspání, obavy z této choroby a jejích důsledků.
3. **Paradoxní** – porucha vnímání spánku; nemocný si myslí, že nespí vůbec nebo že spí velmi málo, přičemž toto neodpovídá skutečnosti.
4. **Porucha cirkadiálního rytmu** – jet lag syndrom, směnný pracovní provoz, syndrom zpožděné a předsunuté fáze a jiné.
5. **Organická insomnie** (způsobená jiným onemocněním) – syndrom neklidných nohou, periodické pohyby končetinami ve spánku, spánková apnoe, neurometabolická onemocnění, strukturální malformace CNS.
6. **Sekundární insomnie** při psychiatrických onemocněních (anxiózně-depresivní syndrom, psychózy, poruchy osobnosti aj.).
7. **Další příčiny** – nevhodná spánková hygiena, nežádoucí účinky léků, drog či alkoholu.

Léčba

1. **Psychoterapeutická intervence** – vysvětlení původu poruchy a uklidnění nemocného, poučení o spánkové hygieně, kognitivně behaviorální terapie, event. individuální či skupinová psychoterapie, relaxační techniky.
2. **Medikamentózní**
 - **přechodná insomnie** – hypnotika III. generace (zolpidem, zopiclon) a odstranění vyvolávající příčiny.
 - **chronická insomnie** – antidepresiva s pozitivním vlivem na spánek např. trazodon, mirtazapin, hypnotika III. generace jako ultimum refugium.

Příčinou insomnie (avšak zároveň i denní spavosti) mohou být i **poruchy cirkadiálního rytmu**.

Poruchy cirkadiálního rytmu

U těchto poruch je odchýlen preferovaný čas uléhání a probouzení se od zvyklé společenské normy o více než 2 hod.

Hlavní symptomy

Insomnie v době obvyklého usínání nebo časné probouzení, obtížné probouzení s projevy spánkové opilosti. Ve dne ospalost, únava, podráždění, poruchy koncentrace či paměti, úrazovost.

Dělení poruch cirkadiálního rytmu:

1. **Zpožděná fáze spánku** – opožděná doba uléhání k spánku a usnutí, ranní ospalost a obtíže se vstáváním, výskyt je častý zejména v adolescenci.
2. **Předsunutá fáze spánku** – časné uléhání, brzké probouzení, zejména ve vyšším věku.
3. **Nepravidelný rytmus spánku a bdění** – neurodegenerativní onemocnění, organická onemocnění CNS v raném kojenčeském věku.
4. **Volně běžící rytmus** – porucha synchronizace se zevním prostředím. Příčinou může být porucha funkce suprachiasmatického jádra (organické postižení této části CNS, defekt genů určujících trvání cirkadiální periody) či porucha retinohalamické dráhy (slepota).

5. **Jet lag syndrom** – přechodná porucha synchronizace se světelným rytmem při překonání více jak 2 časových pásem, trvání a tolerance stavu je výrazně individuální.
6. **Směnný provoz**
7. **Sekundární etiologie** – jiné neurologické onemocnění, drogy, léky, alkohol.

Diagnostika

Anamnéza, spánkový deník, objektivizace pomocí 10denní aktigrafie.

Léčba

Pravidelné časové schéma spánku a bdění, posun fáze na specializovaném pracovišti (chronoterapie) v izolovaném prostředí, fototerapie (intenzivní osvit umělým světlem u zpožděné fáze v ranních hodinách, při předsunuté fázi večer). Při dostupnosti melatoninu jeho podávání v dobu požadovaného usínání, při zpožděné fázi spánku v adolescenci kúru vit. B12 intramuskulárně.

Nadměrná denní spavost

Diferenciální diagnostika nadměrné denní spavosti

1. **Spánková deprivace** – behaviorální – dlouhodobá restrikce spánku (porucha spánkového režimu – zejména sociální faktory, pracovní aktivita)
2. **Nekvalitní noční spánek** v důsledku spánkových poruch (spánková apnoe, syndrom neklidných nohou, periodické pohyby končetinami ve spánku)
3. **Hypersomnie navozené léky** (anxiolytika, antipsychotika, antiepileptika, antivertiginóza, antihistaminika, agonisté dopaminových receptorů)
4. **Chronická interní onemocnění** (hepatální, renální, respirační nebo srdeční selhávání, minerálový rozvrat, hypotyreóza, anémie, chronická plicní onemocnění)
5. **Neurologická onemocnění** (encefalopatie různé etiologie, meningitidy či meningoencefalitidy, expanzivní procesy CNS, zvláště v oblasti hypothalamu, paramediálního thalamu, neurodegenerativní onemocnění - Alzheimerova choroba, multisystémová atrofie či Parkinsonova nemoc, demyelinizační onemocnění, nervosvalová onemocnění)
6. **Hypersomnie centrálního původu** – narkolepsie, idiopatická hypersomnie, rekurentní hypersomnie (včetně Kleine-Levinova syndromu)

Narkolepsie

Narkolepsie se podle průzkumů vyskytuje v Evropě u 1 z 2000 lidí.

Symptomy

Trvání potíží **3 měsíce a více**. Usínání někdy bez předchozí výraznější ospalosti (při činnosti či rozhovoru), ospalost poměrně rychle narůstající, i krátký spánek dočasně uleví, přerušovaný noční spánek. Typickým příznakem je **kataplexie** – symetrická náhlá ztráta svalového tonu při silnějším emocionálním prožitku (smích, rozčilení, úlek), **úplné** (pády) či **částečné** (zhoršení řeči, poklesy v kolenou, pokles hlavy, upouštění předmětů), trvající až desítky sekund. **Hypnagogické (pseudo)halucinace a spánková obrna** – tyto se vyskytují při přechodu spánek/bdění. Během spánkové obrny se člověk nachází v REM fázi spánku.

Častá je asociace s OSA a periodickými pohyby dolních končetin ve spánku.

Diagnostika

Polysomnografie k vyloučení jiné etiologie nadměrné spavosti. Diagnostickým testem MSLT - kriteriem je průměrná **doba usnutí pod 8 min. a přítomnost REM spánku alespoň ve 2 z 5 testů**. Vyšetření na přítomnost alely **HLA DQB1*602**. V případě diagnostických nejasností hladina hypocretinu v mozkomíšním moku (t.č. není v ČR dostupné).

Dělení narkolepsií

1. Narkolepsie s kataplexií
2. Narkolepsie bez kataplexie
3. Sekundární narkolepsie – ložiskové změny v hypothalamu (expanze, demyelinizace)

Léčba

K ovlivnění nadměrné spavosti se užívají **centrální stimulancia** – methylfenidát (Ritalin) či modernější modafinil (Vigil) a **psychostimulanty**. Kataplexie, spánková obrna a hypnagogické halucinace se léčí léky potlačujícími REM spánek (tricyklická antidepresiva, SSRI). Účinnost na oba druhy příznaků má natrium oxybutyrát.

Použitá literatura

- <https://en.wikipedia.org/wiki/Narcolepsy#Classification>
- <https://www.kralovske-spani.cz/narkolepsie.html>
- http://www.eden-x.cz/topic_files/tabu/marnice/narkolepsie.pdf

1. Rekurentní hypersomnie

a) **Kleine-Levinův syndrom** – epizody střídání normálního spánku s obdobími výrazně prodloužené spánkové fáze, typicky provázené hypersexualitou a poruchou příjmu potravy

b) **Menstruační hypersomnie**

2. **Behaviorální hypersomnie** – porucha spánkové hygieny s následnou spánkovou deprivací, či na podkladě abúzu drog, léků či alkoholu

3. **Idiopatická hypersomnie** – nadměrná denní spavost trvající více jak 6 měsíců, subjektivní potřeba spánku více jak 6 hodin, není imperativní usínání

4. **Sekundární hypersomnie** při organickém postižení CNS

Diagnostika

- **Polysomnografie** – neprokazuje jinou poruchu spánku, trvání spánku je prodlouženo na více jak 10 hod. Průměrná latence usnutí v MSLT 5 je kratší než 8 min., ale REM spánek je přítomen max. v 1 testu.

Léčba

- **Centrální psychostimulancia** – methyfenidát (Ritalin), a modafinil (Vigil).

Atypické noční chování či projevy

Parasomnie

Abnormální behaviorální projevy vyskytující se v souvislosti se spánkem.

Hlavní příznaky

Stavy **noční zmatenosti** a **abnormního chování**, křik či pláč, automatické jednání. Stavy jsou **delšího trvání** (minuty až desítky minut), během nich je pacient v omezeném kontaktu, ale **po probuzení reaguje přiměřeně**, na příhody je většinou amnézie. Typický je **výskyt v určitých částech noci** v závislosti na typu parasomnie. Mohou být potenciálně nebezpečné pacientovi či jeho okolí (agresivní chování, pády).

- **Diferenciální diagnostika parasomnií:** zejména noční parciální komplexní epileptické záchvaty, frontální epilepsie, panická porucha.

Poruchy probouzecích mechanismů z hlubokého NREM spánku

Stavy **zmatenosti** (*confusional arousals*), **náměsícnictví** (*somnambulismus*) a **noční děsy** (*pavor nocturnus*). Projevy přicházejí nejvíce v první polovině noci, výskyt zejména u dětí, může být asociace s chronickým stresem.

Diagnostika

Polysomnografie či video EEG monitorování prokazuje návaznost projevů na stádia NREM 3 nebo 4 spánku (současně někdy respirační abnormality), někdy i při aktivitě přetrvává v EEG difusní delta aktivita, nejsou epileptické EEG změny.

Léčba

Zajištění prostředí pro spánek proti zranění, v případě vyšší četnosti (více jak 5x za měsíc) či obzvlášť nebezpečného chování je lékem volby clonazem (Rivotril) či clobazam (Frisium), pokud je prokázána psychologická příčina pak event. psychoterapie. Při zjištění OSA její léčba.

Parasomnie spojené s REM spánkem

Porucha chování v REM spánku

REM behavior disorder (RBD) – porucha svalové atonie v REM spánku. Častější je u **starších mužů**, výrazná je asociace s Parkinsonovou chorobou, MSA a s narkolepsií. Pacienti vykonávají snové prožitky (motoricky a hlasově realizují svoji účast ve snu), často udávají nepříjemné pronásledování lidmi či zvířaty. Maximum projevů ve druhé polovině noci.

- **Diagnostika:** polysomnografie prokazuje zvýšený svalový tonus resp. chybění atonie v REM spánku a motorickou aktivitu event. vokalizaci během REM spánku.
- **Léčba:** clonazepam (Rivotril) na noc.

Rekurentní spánkové obrny

Přechodná **nemožnost pohybu** (pocit celkového ochrnutí, zachovány pouze pohyby očních bulbů) vázaná epizodicky na přechod stavu spánku/bdění, většinou spojena s výrazným pocitem úzkosti a strachu z tohoto stavu, nemožnost přivolat pomoc, stav **odezní spontánně během vteřin**, maximálně minut, ukončení navozuje dotyk, oslovení, rozsvícení světla. U dětí a mladých dospělých se jedná **benigní záležitost**, avšak pro dramatické klinické projevy může být důvodem k nočnímu příjezdu do nemocnice a k dalšímu vyšetřování (riziko iatrogenizace).

- **Diagnostika:** na podkladě anamnézy.

Noční můry

Probuzení následkem **nepříjemných snových prožitků**, na které si alespoň rámcově pacient pamatuje. V dětství jsou tyto projevy časté, u dospělých je asociace s psychickými onemocněními a nebo léčbou L-DOPA, známá je souvislost se silným emocionálním zážitkem či výskyt v rámci posttraumatické stresové poruchy.

Polysomnografie prokazuje probuzení z REM spánku, **léčba** pokud je nutná, je podávání anxiolytik na noc nebo antidepresiv.

Jiné parasomnie

1. **Disociativní poruchy a panické ataky** – atace předchází probuzení, není amnesie, stav je provázen vegetativními projevy úzkosti, dušností.
2. **Enuresis nocturna** – primární u dětí (suchý interval nebyl delší než 2 měsíce), sekundární – vznik pomočování po delším suchém intervalu (v případě rozpaků nutno vyloučit, že se nejedná o mitigované epileptické záchvaty).
3. **Syndrom nočního u jídání** – nutkavé přejídání v nočních hodinách po delším spánku, často i nestravitelných substancí.
4. **Catathrenia** (*nocturnal graoning* – noční mručení) – vydávání dlouhých expiračních zvuků ve spánku, bez poruchy ventilace, léčba je málokdy nutná, navíc je problematická.

Diferenciální diagnostika parasomnií - epileptické záchvaty ve spánku

Epileptické záchvaty mohou začínat ve spánku či z bdělosti během noci.

- **Generalizované záchvaty** s bezvědomím s tonicko-klonickými křečemi (GTCS) se mohou aktivovat ve stádiích **1 a 2 NREM spánku**, v REM spánku je záchvatová pohotovost nižší.
- **Parciální záchvaty** vázané na spánek – jacksonské paroxysmy, komplexní parciální záchvaty vycházející z temporálních, frontálních a suplementárních motorických oblastí. Specifické EEG nálezy nacházíme u benigních věkově vázaných epilepsií s parciálními záchvaty, kdy dochází k aktivaci epileptiformní aktivity.
- Specifickým nálezem je **status epilepticus electricus v NREM spánku** (ESES), který je často provázen epileptickou získanou **afázií** (Landau-Kleffnerův syndrom), může se avšak vyskytnout i u jiných encefalopatií (např. u pacientů s chromozomálními aberacemi). **Spánková apnoe může dekompenzovat epileptické onemocnění!**

Diagnostika

- 24hodinová **videomonitorace, polysomnografie** – v EEG můžeme zachytit jak iktální, tak i specifické interiktální projevy. V záznamu je iktální EEG často rušeno artefakty z pohybu, videozáznam slouží i k semiologickému zařazení paroxysmálních stavů.

Léčba

Je obdobná jako u záchvatů vyskytujících se za bdělosti.

 *Podrobnější informace naleznete na stránce Léčba epilepsie.*

Abnormální pohyby ve spánku

Syndrom neklidných nohou (RLS)

Hlavní příznaky – **diagnostická tetráda**:

1. **Nutkání k pohybu končetinami** (více dolní končetiny, avšak může se vyskytnout i na horních končetinách a trupu), často spojené s nepříjemnými pocity (šimrání, pálení, svědění, bolesti)
2. **Vymizení či zmírnění potíží pohybem**
3. **Výskyt či zhoršení potíží v klidu**
4. **Výskyt či zhoršení potíží večer či během noci**

Až v 80 % je RLS spojen s periodickými pohyby dolních končetin ve spánku.

Typy RLS:

1. **Idiopatická forma** – v přibližně polovině případů familiární onemocnění, začátek v kterémkoliv věku, onemocnění s kolísavou intenzitou, většinou celoživotní progresí.
2. **Sekundární forma** – sideropenie, renální selhávání, těhotenství, [1] (<https://www.wikiskripta.eu/w/Polyneuropatie/PGS/diagnostika%7Cpolyneuropatie>), postižení míchy, Parkinsonova choroba.

Diagnostika

- **Anamnéza.** Případně **polysomnografie** nebo **aktigrafie** k průkazu pohybů dolními končetinami.
- **Pomocná vyšetření:** biochemie včetně hladiny ferritinu, krevní obraz, EMG při podezření na polyneuropatii.

Léčba

- V případě sekundarity **léčba základního onemocnění**. V případě hladiny ferritinu pod 45 µg/l podávání železa per os.
- **Symptomaticky:** první volbou je L-DOPA, agonisté dopaminových receptorů (ropinirol, pramipexol), možno zkusit gabapentin, opioidní agonisty např. tramadol, oxykodon.

Periodické pohyby končetinami ve spánku (PLMS)

Periodický výskyt pohybů končetinami převážně **dolními** charakteru od extenze palce až po trojflexi. Pohyby v určitém procentu vyvolávají probouzení reakce a narušují spánek.

Hlavní symptomy

Obtíže s usínáním a nekvalitní spánek. Výjimečně pohyby pozorovány spolunocležníky nebo pacientem (prosoupané prostěradlo apod.). Porucha spánku může vyústit až do nadměrné denní spavosti. Až u 80 % pacientů s RLS jsou přítomny i PLMS. Mimo RLS jsou PLMS asociovány s narkolepsií, RBD a spánkovou apnoí, mohou se však vyskytnout i samostatně.

Diagnostika

Polysomnografie (periodická EMG aktivita ve svalech bérce), screeningová metoda – aktigrafie na nohou.

Léčba

Jako RLS, ale jen v případě průkazu rušení kvality spánku.

Rytmické pohyby

Rytmické stereotypní pohyby za bdělosti a v povrchních stádiích NREM spánku. Pohyby hlavy (*iactatio capitis*), kolébání těla do stran (*body rolling*) či jen hlavou (*head rolling*). Pohyby se vyskytují v delších sekvencích, někdy si jich pacienti nejsou vědomi. V kojeneckém věku jsou fyziologické, přetrvávání do dospělosti může vést k rušení spánku a únavě zapojených svalů, navíc i rušení partnera.

Diagnostika

Polysomnografie či videoEEG monitorování – nutno k vyloučení jiné příčiny, zvláště epileptické etiologie stavů a k upřesnění semiologie projevů.

Léčba

Možno vyzkoušet clonazepam či imipranin, avšak léčba bývá málo úspěšná.

Bruxismus

Rytmické stahy žvýkacích svalů s typickými zvuky, vyskytující se ve všech spánkových stádiích. Hlavním problémem je rušení spolunocležníků, výrazná abraze chrupu, bolesti hlavy a v temporomandibulárním kloubu, někdy fragmentace spánku.

Diagnostika

Polysomnografie (jen ve složitých případech) – typické zvuky a svalové artefakty v EEG, v EOG a v EMG svalů brady.

Léčba

Ortodontické preparáty chránící chrup před opotřebením, event. clonazepam.

