

zmierňujú sa alebo vymiznú pri pohybe (3). Spomínané nepríjemné pocity sa zhoršujú typicky večer alebo v noci (4) a nie je ich možné vysvetliť iným zdravotným alebo behaviorálnym stavom (American Academy of Sleep Medicine, 2014). Výskyt RLS v bežnej populácii dosahuje 5–14,3 % (Ohayon et al., 2012).

U prevažnej časti pacientov s RLS (až u 80 %) môžu byť súčasne prítomné periodické pohyby končatín počas spánku (PLMS), ktorých výskyt v bežnej populácii dosahuje 4,3–9,3 % (Montplaisir et al., 1997; Scofield et al., 2008). PLMS sú definované ako pohyby končatín zaznamenané počas polysomnografického vyšetrenia. Ide o repetitívne epizodické sekvencie aspoň štyroch svalových kontrakcií musculus tibialis anterior, pričom každá jednotlivá kontrakcia svalstva sa prejavuje vzostupom bazálnej amplitúdy o 8 μ V, má trvanie 0,5 až 10 sekúnd a interval medzi dvoma jednotlivými kontrakciami je dlhší ako 5 sekúnd, no kratší ako 90 sekúnd (American Academy of Sleep Medicine, 2014).

Dáta ohľadom výskytu RLS a PLMS u jedincov po CMP sú pomerne strohé a nejednoznačné. Výskyt RLS u jedincov s CMP dosahuje do 15 % a výskyt PLMS okolo 30 % (Manconi et al., 2018; Wang et al., 2022). U jedincov s PLMS metaanalýzy naznačujú asi o 27 % vyššie riziko vzniku CMP v porovnaní s kontrolnou populáciou bez PLMS (Lin et al., 2018). Hoci bolo metaanalýzou u jedincov s RLS preukázané vyššie riziko mortality, zvýšené riziko CMP sa u nich preukázať nepodarilo (Katsanos et al., 2018). Súčasné literárne údaje teda nepokazujú na zvýšené riziko vzniku CMP u pacientov s RLS. Naopak, PLMS by mohli predstavovať nezávislý rizikový faktor pre vznik CMP (Bassetti et al., 2020). V patogenéze vzniku CMP u týchto pacientov by pravdepodobne mohla zohrávať úlohu už spomínaná fragmentácia spánku, ktorá vedie k aktivácii sympatikového nervového systému, aktivácii osi hypotalamus-hypofýza-nadobličky, s následnou zvýšenou produkciou prozápalových cytokínov a cirkulujúcich katecholamínov (Gottlieb et al., 2017).

Vo farmakoterapii RLS/PLMS sú v prvej línii používané agonisty dopamínu (pramipexol, ropinirol). Alternatívu predstavujú α 2 δ ligandy (gabapentín, pregabalín). U jedincov s deficitom železa je indikovaná jeho suplementácia a pri závažných formách RLS (prípadne pri

zlyhaní prvých línii liečby) je možná terapia opioidmi (kombinácia oxykodónu a naloxónu) (Garcia-Borreguero et al., 2016). V súčasnosti nie je k dispozícii dostatok relevantných „meta“ dát, ktoré by umožnili zhodnotenie vplyvu RLS/PLMS, prípadne ich liečby, na klinické výstupy pacientov po prekonaní CMP (Bassetti et al., 2020).

Insomnia

Insomnia je klasicky definovaná ako sťažené zaspávanie, udržanie spánku, predčasné prebúdzanie alebo nekvalitný spánok, a to aj napriek primeraným možnostiam na spánok. Uvedené ťažkosti by sa mali vyskytovať aspoň tri razy za týždeň počas obdobia ostatných troch mesiacov a mali by viesť k poruche „fungovania“ pacientov počas dňa (American Academy of Sleep Medicine, 2014). Ako insomniu nie je možné klasifikovať ťažkosti s navodením a udržaním spánku, ktoré nie sú sprevádzané následnými dennými ťažkosťami (napr. únava, ospalosť, poruchy koncentrácie pozornosti, poruchy nálady). Ide o klinickú diagnózu, pri ktorej sa nevyžaduje objektivizácia fragmentácie spánku alebo skrátenia dĺžky trvania spánku. Polysomnografia by mala byť v jej diagnostike použitá iba v prípade, že existuje podozrenie na koincidenciu insomnie a iných porúch spánku (hlavne SA a PLMS) (Riemann et al., 2023). Výskyt insomnie v bežnej populácii dosahuje okolo 10 %. U pacientov po prekonaní CMP je ešte vyšší a môže postihovať až do 40 % týchto pacientov (Baylan et al., 2020; Riemann et al., 2023). Metaanalýzy naznačujú, že symptómy insomnie, s výnimkou skorého ranného prebúdzania, sú asociované aj so zvýšeným rizikom vzniku kardiovaskulárnych príhod. Riziko bolo v závislosti od konkrétneho kardiovaskulárneho problému zvýšené o 11–27 % (He et al., 2017). Štúdie, ktoré skúmajú vyslovene asociáciu insomnie s rizikom vzniku CMP, sú veľmi ojedinelé. Vychádzajú zväčša zo subjektívneho hodnotenia nespavosti, prípadne iba jej jednotlivých nočných symptómov. V súčasnosti nie je k dispozícii dostatok relevantných údajov, aby bolo možné tvrdiť, že insomnia zvyšuje riziko vzniku CMP (Bassetti et al., 2020). Literárne údaje však poukazujú na to, že u pacientov po prekonaní CMP je insomnia častejšie asociovaná s depre-

siou a horšími funkčnými výstupmi pacientov (Bassetti et al., 2020).

Kognitívne behaviorálna terapia (KBT) predstavuje prvú líniu liečby chronickej insomnie. K farmakoterapii by sa malo pristupovať v prípadoch, keď je KBT nedostatočne účinná, prípadne je nedostupná. Vo farmakoterapii sa používajú benzodiazepíny, agonisty benzodiazepínových receptorov a nízke dávky antidepresív so sedatívnym účinkom. Farmakoterapia týmito preparátmi by však mala byť len krátkodobá a jej trvanie by nemalo prekročiť štyri týždne. Aktuálne európske odporúčania pripúšťajú v indikovaných prípadoch aj podávanie antagonistov orexínového receptora či melatonínu s predĺženým uvoľňovaním (Baylan et al., 2020). Je potrebné dodať, že liečba insomnie benzodiazepínmi, prípadne agonistami benzodiazepínových receptorov, je spojená so zvýšeným rizikom kognitívneho deficitu, mortality a potenciálne aj rizikom vzniku CMP. Riziko je obzvlášť zvýšené pri vysokých dávkach a dlhodobom užívaní daných liekov (Bassetti et al., 2020). Efekt hypnotík na klinické výstupy pacientov po CMP je nejednoznačný. V akútnom štádiu CMP môžu prevažovať skôr ich nežiaduce účinky a v spojitosti s ich užívaním môže dochádzať aj k zvýrazneniu neurologického deficitu (Liu et al., 2016).

Ostatné poruchy spánku (centrálne poruchy s hypersomnolenciou, parasomnie, cirkadiánne poruchy spánku a bdenia)

Hypersomnie predstavujú ochorenia charakterizované zvýšenou spavosťou počas dňa a/alebo zvýšenou potrebou spánku. Parasomnie sa zase manifestujú abnormálnymi prejavmi, ktoré sa vyskytujú pri zaspávaní, v priebehu spánku alebo pri prebúdzacej reakcii zo spánku. Charakterizuje ich automatická pohybová aktivita v stave zmeneného vedomia, vnímania a úsudku. Poslednú kategóriu porúch spánku predstavujú poruchy cirkadiánneho rytmu spánku a bdenia. Je pre ne typický chronický alebo rekurentný vzorec poruchy rytmu spánku a bdenia. Primárne býva spôsobený alteráciou endogénneho cirkadiánneho časovacieho systému. Príčinou môže byť aj nesúlad medzi endogénnym cirkadiánnym