

příznakem je ranní a denní ospalost, nemocní usínají při monotónních činnostech, při sledování televize, v práci i během jízdy v MHD či při řízení. Subjektivně si stěžují na zhoršení koncentrace a soustředění a zhoršení paměti, špatnou výbavnost slov. Časté jsou i bifrontální svíravé bolesti hlavy objevující se typicky po probuzení, často odeznívající do hodiny po probuzení. Mezi další příznaky patří suchost v ústech, deprese, polyurie, poruchy potence a noční pocení. K diagnostice je nutné ORL vyšetření a vyšetření limitovanou polygrafií ve spánkovém centru. U lehčích případů se řeší změnou životního stylu – redukce váhy, omezení alkoholu a kouření. Těžší případy vyžadují léčbu přetlakovým dýchacím přístrojem. Neléčená spánková apnoe vede k řadě

nemocí, například ke srdečnímu selhání nebo cévní mozkové příhodě.

Vzácný je také syndrom explodující hlavy. Patří mezi parasomnie. Nejedná se přímo o vjem bolesti, ale o pocit zvuku exploze v hlavě ve vazbě na stadium REM i NREM. Tento prožitek je velmi nepříjemný, budí nemocného ze spánku a sekundárně může vést k poruše spánku a bolesti hlavy (Wung at Nakai, 1994). Dalšími nemocemi, které ruší dostatečný spánek a sekundárně vedou k bolesti hlavy, jsou narkolepsie, syndrom neklidných nohou, polyneuropatie a mnohé interní nemoci.

### Závěr

Poruchy spánku a bolesti hlavy se navzájem ovlivňují a nebo zhoršují komplexním,

obousměrným způsobem, který je do značné míry dán společným neurobiologickým podkladem. Komorbidní onemocnění jako úzkost a deprese nebo poruchy osobnosti tento vztah dále modifikují a komplikují a vedou ke snížení kvality života. Vzhledem k vysokému procentu zastoupení nespavosti u pacientů trpících bolestí hlavy je důležité včasné vyhledávání, diagnostika a léčba těchto nemocných. Jako zásadní se jeví preventivní opatření, včetně změny životního stylu, snižování dopadu stresu a screeningu deprese a úzkosti a jejich následná léčba. Ovlivněním spánkové poruchy u pacienta s bolestí hlavy můžeme zabránit chronifikaci bolesti, a naopak správnou diagnostikou sekundární etiologie bolesti můžeme zlepšit spánek našich pacientů.

### LITERATURA

1. Brown RE, Basheer R, McKenna JT, et al. Control of sleep and wakefulness. *Physiol Rev.* 2012;92(3):1087-1187.
2. Dodick DW, Eross EJ, Parish JM, et al. Clinical, anatomical, and physiologic relationship between sleep and headache. *Headache.* 2003;43(3):282-292.
3. Evers S. DMKG Study Group Migraine and idiopathic narcolepsy: a case-control study. *Cephalalgia.* 2003;23(8):786-789.
4. Gotter AL, Roecker AJ, Hargreaves R, et al. Orexin receptors as therapeutic drug targets. *Prog Brain Res.* 2012;198:163-188.
5. Guieu R, Devaux C, Henry H, et al. Adenosine and migraine. *Can J Neurol Sci.* 1998;25(1):55-58.
6. Holland PR. Headache and sleep: shared pathophysiological mechanisms. *Cephalalgia.* 2014;34(10):725-744.
7. Holland PR, Goadsby PJ. The hypothalamic orexinergic system: pain and primary headaches. *Headache.* 2007;47(6):951-962.
8. Holle D, Naegel S, Obermann M. Pathophysiology of hypnic headache. *Cephalalgia.* 2014;34(10):806-812. doi: 10.1177/0333102414535996.

9. Korabelnikova EA, Danilov AB, Danilov AB. Sleep Disorders and Headache: A Review of Correlation and Mutual Influence. *Pain Ther.* 2020;9(2):411-425. Published online 2020 Jul 3. doi: 10.1007/s40122-020-00180-6.
10. Landolt HP. Sleep homeostasis: a role for adenosine in humans? *Biochem Pharmacol.* 2008;75(11):2070-2079.
11. Lund N, Westergaard ML, Barloese M, et al. Epidemiology of concurrent headache and sleep problems in Denmark. *Cephalalgia.* 2014;34(10):833-845.
12. Ødegård SS, Omland PM, Nilsen KB, et al. The effect of sleep restriction on laser evoked potentials, thermal sensory and pain thresholds and suprathreshold pain in healthy subjects. *Clin Neurophysiol.* 2015;126(10):1979-1988. doi: 10.1016/j.clinph.2014.12.011.
13. O'Hare M, Cowan RP. Sleep and headache. In: Miglis MG, editor. *Sleep and neurologic disease.* Amsterdam: Elsevier; 2017.
14. Peres MF, Rio MS, Seabra ML, et al. Hypothalamic involvement in chronic migraine. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2001;71(6):747-751.
15. Rainero I, Gallone S, Valfrè W, et al. A polymorphism of the

hypocretin receptor 2 gene is associated with cluster headache. *Neurology.* 2005;63:1286-1288.

16. Robert C, Bourgeois L, Arreto CD, et al. Paraventricular hypothalamic regulation of trigeminovascular mechanisms involved in headaches. *J Neurosci.* 2013;33(20):8827-8840.
17. Roehrs TA, Harris E, Randall S, et al. Pain sensitivity and recovery from mild chronic sleep loss. *Sleep.* 2012;35(12):1667-1672. doi: 10.5665/sleep.2240.
18. Rossi F. Comorbid sleep Disorder and headache disorder. *Updates in Sleep Neurology and Obstructive sleep apnea.* 2020. doi: 10.5772/intechopen.93358.
19. Sova M, Genzor S, Mizera J. Syndrom obstrukční spánkové apnoe: patofyziologie, diagnostika a terapie. *Medical tribune Medicína po promoci.* 2021;10. <https://www.tribune.cz/archiv/syndrom-obstrukcni-spankove-apnoe-patofyziologie-diagnostika-a-terapie/#>. [www.sleepfoundation.org](http://www.sleepfoundation.org).
20. Wang QP, Nakai Y. The dorsal raphe: an important nucleus in pain modulation. *Brain Res Bull.* 1994;34(6):575-585
21. Williams GS. What's the relationship between sleep and headache? *Neurol Rev.* 2010;18(4):7.

**S NÁMI SE NEZTRATÍTE**

Časopis je indexován v databázi **EBSCO**

Využíváme systém **CrossRef**. S články můžete snadno pracovat díky jednoznačnému identifikátoru **DOI**.

