

udávaným primárním poruchám spánku patří insomnie, RLS a poruchy dýchání ve spánku. Hlavní příčinou snížené kvality života je obecně únava, která postihuje až 90 % pacientů s RS. Primární únava souvisí se základním demyelinizačním onemocněním, včetně zánětlivých a strukturálních změn, s autonomní a endokrinní dysfunkcí. Sekundární únava je důsledkem komplikací RS, včetně poruch spánku, poruch nálady, inaktivity a vedlejších účinků medikace. Často je ale obtížné odlišit primární únavu související se základním onemocněním a zvýšenou denní spavostí, která je asociovaná s poruchami spánku a podílí se na sekundární únavě (Obr. 3) (Carter, 2018). Základní nefarmakologické přístupy k únavě související s RS zahrnují cvičení, plánovaná denní zdímnutí, zvláštní pozornost je třeba věnovat spánkové hygieně. Z farmak bylo snahou ovlivnit zvýšenou únavu amantadinem či modafinilem, nicméně bez přesvědčivého efektu.

Až 40 % pacientů s RS si stěžuje na **nespavost**, přičemž na zhoršené kontinuitě spánku se často významně podílí chronická bolest, spasticita, nykturie a komorbidní úzkosti a deprese. Nespavost může být ale také projevem **spánkové apnoe**, jejíž vyšší prevalence u RS je vysvětlována demyelinizačními lézemi oblastí kmene, které se podílejí na regulaci dýchání (Foschi et al., 2019). U pacientů s RS je v porovnání s běžnou populací referována častější centrální i obstrukční spánková apnoe, přičemž nejlepší léčebnou intervencí zůstává v obou případech přetlaková léčba. **Syndrom neklidných nohou** se u RS vyskytuje 3× častěji než v běžné populaci. Jeho vznik je spojován s poruchou metabolismu železa a poruchou dopaminergní transmise. Obvyklou léčebnou intervencí je kontrola hladiny feritinu a suplementace železa, pokud je hladina feritinu nižší než 75 µg/l, ev. nasazení léků, jako např. gabapentin a pregabalin či dopaminergní agonisté. Dopaminergní přenos může být také blokován podáváním antipsychotik, antidepresiv či antiemetik. V neposlední řadě je třeba upozornit na možný výskyt **zvýšené denní spavosti** také u dalších autoimunitních onemocnění, včetně např. neuromyelitis optica (Kanbayashi et al., 2009).

Nervosvalová onemocnění

Poruchy spánku u nervosvalových onemocnění, včetně Duchennovy svalové dys-

trofie, spinální svalové atrofie, myotonické dystrofie typu 1 a 2, Pompeho nemoci, ale i u pacientů s amyotrofickou laterální sklerózou (ALS) a dalších, jsou velmi časté a mohou významně ovlivnit kvalitu života. Obecně vyžadují multidisciplinární přístup zahrnující především spolupráci neurologů, pneumologů a fyzioterapeutů. Základní problém představuje postupně progredující respirační insuficience při oslabení dechových svalů a bránice. Tato dechová nedostatečnost vede k významné hypoventilaci a noční hypoxemii. Hypoventilace se nejdříve objevuje v REM spánku, kdy je dýchání zajištěno výhradně bránicí, proto je u těchto pacientů nutné mj. pátrat po nočních příznacích dechové nedostatečnosti (noční dušnost, přerušovaný spánek, chrápání, apnoické pauzy, ranní bolest hlavy, únava a spavost, ev. horší tolerance zátěže v průběhu dne). V současné době je k diagnostickému potvrzení hypoventilace ve spánku u pacientů s nervosvalovým onemocněním a s poruchami hrudní stěny nejvhodnější video-polysomnografie s neinvazivním měřením koncentrace CO₂ (tzv. transkutánní kapnometrie). Alternativou je zahájení léčby empiricky s nastavením upraveným na základě arteriálních krevních plynů a odpovědi na léčbu (Miller et al., 2009). V případě pozitivního nálezu je základem kompenzace funkce dechových svalů zajištění ventilační podpory a toalety dýchacích cest při oslabené expektoraci. Nastavení parametrů domácí neinvazivní ventilace definuje doporučený postup České společnosti pro výzkum spánku a spánkovou medicínu (viz www.csvssm.cz). Několik retrospektivních studií a jedna randomizovaná studie prokázaly, že neinvazivní ventilace prodlužuje přežití pacientů s ALS, přičemž lepší efekt léčby lze očekávat při jejím časnějším zahájení (Chio et al., 2012).

Epilepsie

Vzájemný vztah spánku a epilepsie je rovněž znám. Odhaduje se, že asi u třetiny pacientů s epilepsií se záchvaty objevují pouze ve spánku. Noční záchvaty mohou přispívat k neosvěživému spánku a únavě během dne. Z hlediska typu epilepsie se ve spánku v dospělém věku nejčastěji setkáváme s hypermotorickou epilepsií (SHE), krátce po probuzení se zpravidla objevují záchvaty (myoklonické,

myoklonicko-tonicko-klonické) u juvenilní myoklonické epilepsie.

Z obecného hlediska by součástí anamnézy u pacientů s epilepsií měly být otázky zaměřené na spánek, neboť spánková deprivace zvyšuje frekvenci záchvatů (Moore et al., 2021). Kromě toho může být nedostatečný nebo nekvalitní noční spánek u těchto pacientů provázený únavou či usínáním v průběhu dne projevem chronické insomnie či spánkové apnoe, může ale také souviset s užíváním protizáchvatových léků. Terapie CPAP u pacientů s epilepsií a komorbidní OSA je spojena se snížením počtu záchvatů, s ústupem spavosti v průběhu dne a s celkovým zlepšením kvality života (Pornsriyom et al., 2014). Chronickou nespavostí referuje až 50 % pacientů s epilepsií, přičemž v některých případech k ní může vést léčba např. lamotriginem. Podávání sedativ a hypnotik je potřeba vždy zvažovat a to vzhledem k lékovým interakcím a akcentací denní únavy a spavosti např. u vysokých dávek levitiracetamu, valproátu a benzodiazepinů (Nobili et al., 2021). Obecně se tedy v případě nespavosti doporučuje jako metoda první volby KBT.

Rovněž je znám vztah mezi spánkem a náhlým neočekávaným úmrtím u epilepsie (SUDEP), přičemž přibližně 40 až 60 % těchto událostí nastává ve spánku. Jasná příčinná souvislost nebyla dosud prokázána (Nobili et al., 2011). Stimulace vagového nervu snižuje frekvenci záchvatů a zlepšuje denní bdělost, na druhou stranu může zhoršit projevy OSA a stridor. V neposlední řadě je třeba zmínit, že epileptochirurgické zákroky přispívají rovněž ke zlepšení spánku (Zanzmera et al., 2013).

Bolesti hlavy

Pacienti trpící migrénou si nejčastěji stěžují na nespavost. Zvýšení frekvence migrenózních záchvatů koreluje s horší kvalitou spánku a naopak, nedostatek nebo horší kvalita spánku může vyvolávat migrenózní záchvaty, zatímco spánek má prokazatelně pozitivní vliv na zmírnění bolesti při migréně. Za tuto úzkou souvislost mezi spánkem a migrénou je zřejmě zodpovědná trigeminální signální síť bolesti a současné aktivace orexinerárního systému na úrovni hypotalamu. Bylo zjištěno, že KBT zaměřená na nespavost vede ke zlepšení kvality spánku a snižuje tak chronickou migrenózní bolest hlavy na epizodickou formu.