



PŘEHLED PORUCH SPÁNKU

KLASIFIKACE PORUCH SPÁNKU

ICSD2 AASM 2005

INSOMNIE

(akutní, psychofyzilogická, paradoxní, při psychických nemocech, idiopatická, ze špatné hygieny, v dětství, poléková, sekundární somatická, organická-nespecifikovaná)

PORUCHY DÝCHÁNÍ VE SPÁNKU

(centrální spánková apnoe, obstrukční spánková apnoe, hypoventilační syndromy, ostatní poruchy dýchání ve spánku)

CENTRÁLNÍ HYPERSOMNIE

(narkolepsie, narkolepsie s kataplexií, hypersomnie (rekurentní, idiopatická, sekundární))

PORUCHY CIRKADIÁNNÍHO RYTMU

(zpožděná fáze, předčasná fáze, jet-leg sy, směnná práce....)

KLASIFIKACE PORUCH SPÁNKU

ICSD2 AASM 2005

PARASOMNIE

(vázané na probouzecí reakce, rem-parasomnie, ostatní (enureza, mručení, sy ujídání, nespecifikované...))

POHYBOVÉ PORUCHY VE SPÁNKU

(RLS, PLMS, bruxismus, rytmické pohyby, nedefinovatelné...)

IZOLOVANÉ SYMPTOMY

(chrápání, mluvení, krátký-dlouhý spánek, myoklonus...)

OSTATNÍ DEFINOVANÉ

PORUCHY SPÁNKU PŘI OSTATNÍCH NEMOCECH

(neurologických, psychiatrických, somatických - symptomech...)

KLINIKA

PORUCH SPÁNKU

INSOMNIE

stav, kdy je spánek vnímán nemocným jako
obtížně dosažitelný, přerušovaný, krátký,
nedostatečný, neosvěžující

Prevalence 30-40%

INSOMNIE

definice insomnie dle WHO

ztížené usínání (delší než 30 min)
opakované noční probuzení (> 3x za noc)
předčasné ranní probuzení a nemožnost opětovného usnutí
neosvěžující spánek

≥ 3x do týdne a trvá
≥ 1 měsíc

značně obtěžuje pacienta / interferuje s jeho normálním
fungováním v každodenním životě

INSOMNIE

organické

psychogenní

režimové

z poruchy denního rytmu

PSYCHOFYZIOLOGICKÁ INSOMNIE

vyvíjí se jako důsledek kombinace somatizované tenze a naučené asociace představ a pocitů, které zabraňují spánku a usínání

PSEUDOINSOMNIE NESPŘÁVNÉ VNÍMÁNÍ SPÁNKU

stav, kdy nemocný je přesvědčen, že nespí, přitom okolím a objektivním vyšetřením se zjistí normální spánek
nízký práh probuditelnosti
po probuzení ihned plně aktivní, komponován

IDIOPATICKÁ INSOMNIE

začíná v dětství, způsobuje potíže s usínáním, redukcí celkového objemu spánku, špatnou strukturaci spánku
často je spojena s dyskinézami, dyslexií, poruchami koncentrace

PORUCHY SPÁNKU Z VNĚJŠÍ PŘÍČIN

nepřiměřená spánková hygiena
porucha spánku způsobená prostředím
výšková nemoc

porucha z maladaptace
syndrom nedostatku spánku

porucha z nedostatku režimu *(insomnie dětí: sy uždání, upíjení, strach.....)*

porucha z naučených asociací

vliv medikace

závislost na hypnoticích

závislost na stimulancích

závislost na alkoholu

PORUCHY CIRKADIÁNNÍ RYTMICITY

syndrom směny časového pásma (*jet lag sy*)

porucha spánku při směnném provozu

sy zpožděné spánkové fáze (*sova*)

sy předčasné spánkové fáze (*skřivan*)

režim spánku a bdění odlišný od 24 hodin

ZÁKLADNÍ RADY PŘI INSOMNII

vedení deníku spánku

dodržení pravidel spánkové hygieny

léčba základní nemoci

relaxační léčba

léčba omezováním spánku

kognitivně behaviorální léčba

farmakoterapie

FARMAKOTERAPIE INSOMNIE

HYPNOTIKA

benzodiazepiny

chlordiazepoxid, nitrazepam, flunitrazepam

benzodiazepinům podobné

zopiclone, zolpidem

ANTIDEPRESIVA

mirtazapin, trazodon, dosulepin, fluoxetin,
ondansetron

ANTIISTAMINIKA

promethasin, bisulepin

DALŠÍ

chloralhydrát, amobarbital, butobarbital

MELATONIN

VENTILAČNÍ PORUCHY VE SPÁNKU

- ronchopatie
- obstrukční syndrom spánkové apnoe - OSAS
 - centrální syndrom spánkové apnoe - CSAS
 - syndrom zvýšeného odporu v HCD - UARS
- poruchy spánku při CHOPN a astma - overlap syndrom
 - poruchy spánku při restriktivních plicních chorobách
 - poruchy spánku při neuromuskulárních chorobách
 - dechové poruchy spánku u novorozenců

OBSTRUKČNÍ SYNDROM SPÁNKOVÉ APNOE

ZÁSADNÍ CHARAKTERISTIKY

fragmentovaný noční spánek
ataky neosvěžujícího denního spánku
typické explozivní chrápání

DOPLŇUJÍCÍ CHARAKTERISTIKY - DŮSLEDKY

deprese
poruchy humorální sekrece
bolesti hlavy
kardiovaskulární choroby
cerebrovaskulární choroby
poruchy intelektu
sociální, rodinné a pracovní problémy

APNOE PRO PRŮKAZ SAS

trvání >10 sekund, >10 za hodinu

AI-apnea index >10, AHI (RDI)-apnea-hypopnea index >15

CENTRÁLNÍ SYNDROM SPÁNKOVÉ APNOE

ztráta automatického řízení dechové aktivity

(syndrom Ondinina prokletí)

porucha chemického řízení dechu vrozená, získaná

kolísavé dýchací úsilí

hypoxie, kardiální selhání, usínání

kolísavé dýchání v REM spánku

nevyvážená kombinace automatického
a telencefalického řízení dýchání

reflexní centrální apnoe

při omezené nosní průchodnosti

lehký CSAS fyziologicky při stárnutí

bradypsychie až amence

CENTRÁLNÍ SYNDROM SPÁNKOVÉ APNOE *(ICSD2)*

primární centrální spánková apnoe

Cheyne Stokesovo dýchání

periodické dýchání v nadmořské výšce

centrální spánková apnoe z drog nebo farmak

primární spánková apnoe u dětí

NOČNÍ SELHÁNÍ DECHU

U NEUROMUSKULÁRNÍCH NEMOCÍ

- Onemocnění asociovaná s poruchami dechu
 - postpolio syndrom
 - amyotrofická laterální sklerosa
 - myastenia gravis
 - myotonická dystonie
 - svalová dystrofie
- Diagnostika
 - celonoční PSG-MSLT (vč satO₂, CO₂)
- Léčba
 - BiPAP
 - 3-14 / 4 mbar,
 - 18-20 dechů / min
 - u ALS celoobličejová maska
 - intermitentní přetlaková ventilace
 - medikace
 - metylphenidat, aminophyllin, syntostigmin

NARKOLEPSIE

Narkolepsie - ataky imperativního krátkého a osvěžujícího spánku během dne

Kataplexie - atonický generalizovaný záchvat, epileptický negativní myoklonus.

Hypnagogické halucinace - parciální záchvat s komplexní symptomatologií.

Spánková obrna - generalizovaný akinetický či atonický záchvat, absence.

EEG: Není epileptická aktivita.

PSG / MSLT: latence usnutí pod 5min, SOREM.

Léčba: stimulancia, modafinil, tricyklická antidepresiva

DĚS ve SPÁNKU PAVOR NOCTURNUS

Typickými charakteristikami jsou neklid, zmatenost, projevy sympatické iritace, trvání 5-20minut, obtížnost postiženého vzbudit, po ránu amnesie na událost.

EEG: parciální epileptický záchvat s komplexní symptomatologií má epileptiformní korelát a více stereotypický průběh.

PSG: bez epileptiformních grafoelementů, dlouhodobá probouzecí reakce z delta spánku s vegetativním doprovodem.

Léčba: sedativa, hypnotika a psychoterapie.

NÁMĚSÍČNICTVÍ SOMNAMBULISMUS

Běžné v ojedinělých epizodách u dětí, abnormální při častém výskytu, často spojené s enuresou, sy nočního ujídání. Při přetrvávání do dospělosti je často provokováno poruchou osobností, psychopatologií. Nemocný je obtížně probuditelný, ráno je amnesie.

EEG: parciální epileptický záchvat s komplexní symptomatologií má epileptiformní korelát.

PSG: v úvodu hypersynchronní vysoká delta s následným charakterem povrchního spánku s nízkou rychlejší aktivitou, bez epileptiformních grafoelementů, dlouhodobá probouzecí reakce z delta spánku.

Léčebně zabránit poranění, medikamentosně malou dávku hypnotika k zábraně disociace spánku a psychoterapii.

POMOČOVÁNÍ VE SPÁNKU

ENURESIS NOCTURNA

Primární často spojená s psychickými problémy,
sekundární v důsledku organických
onemocnění.

Pomočení může být oligosymptomatickým
projevem epileptického záchvatu.

Léčebně regulace příjmu tekutin, psychoterapie a
tricyklická antidepresiva u primární, řešení
organické příčiny u sekundární enurézy.

SKŘÍPÁNÍ ZUBY BRUXISMUS

Stereotypní pohyb žvýkacích svalů provázený skusováním a skřípáním zubů.

V epizodách trvajících několik vteřin až několik set krát za noc, až 20% dětí a až 10% dospělých.

V PSG není specifická změna EEG křivky, je normální struktura spánku s normálním zastoupením spánkových stádií.

Léčba: dopaminergní preparáty,
myorelaxancia, benzodiazepiny,
komplexní psychoterapie.



PERIODICKÉ POHYBY KONČETINAMI

Rytmické pohyby většinou dolními končetinami, častěji jednou, trvání 1 s,
opakování co 30s.

Pokaždé probouzecí reakce v PSG, má stejný původ jako pohyb končetin při
poruše dopaminergního řízení motoriky v oblasti bazálních ggl.

80% nemocných RLS má i PLMS.

Insomnie není jen důsledek PLMS, provděpodobně komorbidita.

častější u mužů.

Častější u Parkinsonovy choroby a lumbální stenózy, deficitu železa. (*vztah k
dopaminergnímu přenosu*)

Terapie: L-dopa, dopaminergní agonisté, klonazepam.

V EEG není epileptiformní aktivita, jen svalové artefakty.

ABNORMÁLNÍ CHOVÁNÍ V REM SPÁNKU

Nedostatečná atonie při REM spánku.

Realizace snové mentace *(nejčastěji úzkost, agrese)*.

Prudké pohyby, více či méně komplexní, často vokalizace.

PSG: chybí atonie při REM spánku.

EEG: není epileptická aktivita.

Léčba: clonazepam.

SPÁNKOVÁ OPILOST

Zmatenost během nebo po probouzecí reakci, či náhlém probuzení z NREM spánku, většinou bez pohybu, neklidu, či agresivity.

Postiženi jsou obvykle lidé, kteří dobře hluboce spí a špatně se probouzejí.

Zhoršení mohou způsobovat veškeré situace, které prohlubují spánek.

Dfdg. somnanbulismus, noční děs, poruchy chování v REM spánku, alkoholická zmatenost, extrapyramidové dystonie parciální epileptické záchvaty s komplexní symptomatologií.

Léčba není nutná, event. benzodiazepiny, tricyklická antidepresiva.

MLUVENÍ ze SPÁNKU SOMNILOQIE

Na NREM, méně často na REM spánek vázaná benigní parasomnie.

Provokována stresem, horečnatými stavy. Objevuje se spontánně, může být navozena oslovením spícího.

Často spojena s jinými parasomniemi.

V PSG a EEG není prokazatelná patologie.

HYPNAGOGICKÉ ZÁŠKUBY CONVULSIONES PRESOMNALES

Fyziologické občasné záškuby některých částí těla,
nejčastěji dolních končetin.

Objevují se spontánně nebo po zevním podnětu,
častější jsou při psychickém stresu, větší námaze.

Pokud se vyskytují častěji, je vhodné vyloučit
myoklonickou epilepsii, která má EEG korelát.

V polysomnogramu se vyskytují probouzecí reakce
s vegetativním doprovodem.

NOČNÍ DISOCIATIVNÍ ZÁCHVAT

Komplexní chování s častým poraněním.

V EEG a PSG není epileptická aktivita, dochází k čistému přechodu spánku do bdělosti.

V anamnéze se zjistí v dětství časté fyzické nebo sexuální týrání.

PANICKÁ ATAKA

Často jsou současné denní projevy panické poruchy.

Projevy jsou často neodlišitelné od ostatních parasomnií a současně s nimi mohou koexistovat.

Pozáchvatová zmatenost může mít stejný průběh jako panická ataka.



**DĚKUJI
ZA
POZORNOST**