

LIETUVOS NEUROLOGŲ ASOCIACIJA

NERAMIŲ KOJŲ SINDROMAS
DIAGNOSTIKOS IR GYDYMO METODINĖS
REKOMENDACIJOS

Parengė:

V. Liesienė

V. Budrys

R. Kaladytė-Lokominienė

D. Jatužis

1. BENDROJI DALIS

1.1. Neramių kojų sindromas (toliau – NKS) yra neurologinis sensomotorinis sutrikimas, kuriam būdingas intensyvus ir nenumaldomas poreikis judinti galūnes, nes kyla nemalonūs ir (ar) skausmingi jutimai, ramybėje bei užmiegant. Jų intensyvumas svyruoja pagal cirkadinį paros ritmą – sustiprėja vakare ir naktį.

1.2. NKS simptomai sutrikdo miegą, sukelia poilsio stoką, mažina darbingumą, didina nerimo, depresijos sutrikimų ir somatinių ligų riziką, blogina gyvenimo kokybę, fizinę ir psichinę sveikatą.

1.3. NKS ligos kodas pagal TLK-10 klasifikaciją – G25.8.

1.4. NKS paplitimas siekia 6–15% tarp gyventojų, vyresnių nei 18 m. amžiaus. Vyresnių asmenų nei 65 m. amžiaus NKS serga apie 25% populiacijos asmenų. Apie 3% ligonių, patiriančių vidutinio sunkumo ir (ar) sunkių NKS simp-

tomų, reikia nuolat gydyti (Lietuvos NKS paplitimo statistinių duomenų nėra).

1.5. Liga dažnai yra pirminė arba idiopatinė (apie 40% visų NKS atvejų). Ji išsivysto dėl geležies apykaitos ir dopamino sekrecijos disfunkcijos galvos smegenyse, todėl pasikeičia (sumažėja) nugaros smegenų jaudrumo kontrolė ramybėje ir užmiegant: kyla nemalonūs ir varginantys jutimai galūnėse (dažniausiai kojose, bet gali išplisti į rankas ir liemenį), verčiantys judėti. Susirgti galima bet kokiame amžiuje nuo pat vaikystės, tačiau liga yra dažnesnė asmenims nuo 45 m. amžiaus ir vyresniems.

1.6. Antrinį NKS sukelia kitos nustatytos ligos: geležies stokos anemija, nėštumas ir kiti sutrikimai, sukeliantys geležies apykaitos sutrikimus; inkstų ligos (uremija); diabetas; hipotireozė; rečiau – reumatinės ligos, kai kurie vartojami vaistai (pvz., neuroleptikai) ar alkoholizmas.

2. NERAMIŲ KOJŲ SINDROMO DIAGNOZĖS NUSTATYMAS

2.1. NKS diagnozuojamas remiantis IRLSSG (*International Restless Legs Syndrome Study Group* – Tarptautinės neramių kojų sindromo tyrimų grupės) 1995 m. pasiūlytais keturiais diagnostiniais klinikiniais kriterijais, kurie, įvertinus jų jautrumą (82%) ir specifiškumą (90%), 2003 m. yra patvirtinti Europos neurologų draugijų federacijos ekspertų ir JAV Nacionalinio sveikatos instituto darbo grupės.

2.2. Papildomų tyrimų NKS diagnozei nustatyti nereikia. Polisomnografiniai tyrimai naktį ir (arba) kiti tyrimai (elektroneuromiografija, feritino kiekis serume ir kt.) rekomenduojami tik diagnozei patikslinti, jei taikomas gydymas nesėkmingas.

2.3. Pagrindiniai NKS diagnozės klinikiniai kriterijai (turi būti nustatomi visi 4 požymiai):

2.3.1. Priverstinis poreikis judinti galūnes dėl nemalonių ar skausmingų jutimų.

2.3.2. Nemalonūs jutimai galūnėse kyla arba sunkėja ramybės, atsipalaidavimo ar nejudrumo būsenoje (gulint, sėdint, rečiau – stovint).

2.3.3. Nemalonūs ar skausmingi jutimai išnyksta arba palengvėja vaikstant arba judinant galūnes.

2.3.4. Poreikis judėti dėl nemalonių jutimų atsiranda arba sustiprėja vakare arba naktį.

2.4. Papildomi NKS klinikiniai požymiai (jų buvimas nėra privalomas NKS diagnozei pagrįsti):

2.4.1. Simptomų palengvėjimas skiriant dopaminerginių vaistų.

2.4.2. Periodiniai kojų judesiai naktį.

2.4.3. Šeiminė anamnezė.

2.4.4. Normalūs neurologinio tyrimo duomenys (išskyrus neuropatiją, kurios buvimas nepaneigia NKS).

2.4.5. Lėtinė progresuojanti eiga esant periodiniams paūmėjimams.

2.4.6. Miego sutrikimai.

2.5. Pirminis NKS nustatomas, jei nėra jokių antrinės ligos požymių.

2.6. Atliekant klinikinę apžiūrą, NKS reikia atskirti nuo periferinės neuropatijos, sukeltos diabeto ar kitų priežasčių (tačiau neuropatijos buvimas nepaneigia NKS), paprasto mėšlungio, venų varikozės, arteriopatijos sukeltos protarpinio šlubumo, akatizijos, vartojant neuroleptikus, ir įvairių sąnarių skausmų.

2.7. NKS diagnozuoja, skiria ir koreguoja gydymą gydytojai neurologai. Pagal jų rekomendacijas pradėtą arba koreguotą gydymą tęsia bendrosios praktikos gydytojai.

2.8. Bendrosios praktikos gydytojai gali savarankiškai diagnozuoti NKS ir pradėti gydyti pirmaisiais pasirenkamais dopaminerginiais vaistais, esant tipiškiems NKS klinikiniams simptomams. Jei ligos diagnozė yra neaiški, gydant pirmaisiais pasirenkamais dopaminerginiais vaistais nėra teigiamo efekto, arba, gydant dopaminerginiais vaistais, kyla nepageidaujamų reiškinių, pacientą reikia siųsti neurologo konsultacijai.

3. NERAMIŲ KOJŲ SINDROMO GYDYMAS

3.1. NKS gydymas gali būti medikamentinis ir nemedikamentinis.

3.2. Gydymas vaistais skiriamas esant vidutinio sunkumo ir sunkių NKS simptomų, kurie reikšmingai trikdo miegą ir (ar) blogina gyvenimo kokybę.

Medikamentinis gydymas

3.3. Pirmieji pasirenkami vaistai NKS gydyti yra dopamino agonistai ir kiti dopaminerginiai vaistai. Pirmenybė teikiama neergotiniams sintetiniams dopamino agonistams (I klasės rekomendacijos). Jei pacientas dopamino agonistų netoleruoja ar jiems skirti yra kitų kontraindikacijų, galima skirti levodopos preparatų (II klasės rekomendacijos), tačiau ilgalaikis gydymas levodopa dažnai sukelia nepageidaujamų reiškinių ir komplikacijų (ankstyvo ryto rikošetiniai simptomai, augmentacija ir kt.).

3.4. Antrieji pasirenkami vaistai NKS gydyti – gabapentinas, opiatai ir klonazepamas:

3.4.1. Jei vyrauja NKS skausmo simptomai, galima skirti gabapentino ir (ar) opiatų (II–IV klasės rekomendacijos), juos derinant su dopaminerginiais vaistais arba skiriant atskirai.

3.4.2. Jei yra reikšmingas miego sutrikimas (nemiga) arba periodiniai kojų judesiai naktį, galima pridėti klonazepamo (II–III klasės rekomendacijos) (1 lentelė).

3.5. Tretieji pasirenkami vaistai NKS gydyti:

3.5.1. Adrenerginiai vaistai: klonidinas – 0,1–1,0 mg, II klasės rekomendacijos (sumažina parestezijas ir motorinį jaudrumą).

3.5.2. Antidepresantai: trazodonas, II klasės rekomendacijos; bupropionas – 200–400 mg, IV klasės rekomendacijos.

3.5.3. Vaistai nuo traukulių (išskyrus gabapentiną), II–IV klasės rekomendacijos.

3.5.4. Sedatyviniai-hipnotiniai medikamentai (išskyrus klonazepamą), IV klasės rekomendacijos.

3.6. Siūloma NKS gydyti tik vaistais, turinčiais I–II klasės rekomendacijas. Šiuo metu Lietuvoje NKS gydyti yra registruoti ropinirolis ir pramipeksolis.

3.7. Dopamino antagonistai (antipsichotiniai, antiemetiniai preparatai), tricikliniai antidepresantai, selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai, selektyvūs serotonino-noradrenalino reabsorbcijos inhibitoriai, mirtazapinas, sedaciniu poveikiu pasižymintys antihistamininiai vaistai (naujesni antrosios kartos antihistamininiai vaistai loratadinas, desloratadinas, feksofenadinas įtakos NKS simptomams paprastai neturi) ir ličio preparatai gali pasunkinti NKS simptomus. Jų vartojimą, atsiradus NKS simptomams, reikia peržiūrėti ir pagal galimybes riboti ar visai neskirti.

Nemedikamentinis gydymas

3.8. Gydant NKS, teisingas miego režimas turi mažai įtakos. Būklę iš dalies gali palengvinti intensyvesnė fizinė veikla dieną, galūnių masažas, karštos vonios, relaksacinės priemonės. Kai kada simptomai palengvėja nevartojant kofeino, alkoholio ir nikotino. Rekomenduojama vengti vaistų, skatinančių NKS simptomus (žr. 3.7 punktą).

1 lentelė. Pagrindiniai vaistai neramių kojų sindromui gydyti

Vaistas (vaistų grupė)	Pradinė dozė	Maksimali paros dozė	Rekomendacijų klasė ar įrodymų lygis
Dopaminerginiai preparatai			
Pramipeksolis	0,088 mg (bazės mg)	0,54 mg (bazės mg)	I klasė, A lygis
Ropiniolis	0,25 mg	6 mg	I klasė, A lygis
Levodopa	50 mg	200 mg	II klasė, B lygis
Prieštraukuliniai vaistai			
Gabapentinas	100-300 mg	2700 mg (per 2-3 kartus)	II klasė, A lygis
Valproatas	125 mg	600 mg (per 2 kartus)	II klasė, B lygis
Karbamazepinas	100 mg	800 mg (per 2-3 kartus)	IV klasė
Topiramatas	25 mg	200 mg (per 2 kartus)	IV klasė
Lamotriginas	25 mg	250 mg (per 2 kartus)	IV klasė
Narkotiniai (opioidiniai) analgetikai			
Tramadolis	50 mg	300 mg (per 2-3 kartus)	IV klasė
Metadonas	2,5 mg	20 mg (per 2 kartus)	
Morfinas	15 mg	30-45 mg (per 2-3 kartus)	IV klasė
Fentanilio pleistrai	25 mkg/val.	50 mkg/val.	
Sedatyviniai-hipnotiniai preparatai			
Klonazepamas	0,25 mg	2 mg	II-III klasė, B lygis
Oksazepamas	10 mg	40 mg	IV klasė
Zaleplonas	5 mg	20 mg	IV klasė (pavieniai duomenys)
Zolpidemas	5 mg	20 mg	IV klasė (pavieniai duomenys)
Triazolamas	0,125 mg	0,5 mg	IV klasė (pavieniai duomenys)

4. LIGOS EIGOS VERTINIMAS IR GYDYMO TAKTIKA

4.1. Ligos sunkumas nustatomas pagal simptomų pasikartojimo dažnumą ir intensyvumą. Ligos sunkumui, eigai ir gydymo efektyvumui vertinti naudojama Tarptautinė neramių kojų sindromo vertinimo skalė (žr. 8.1 priedą).

4.2. Prieš pradėdant gydyti NKS, įvertinama, ar nėra geležies stokos ir kitų ligų, sukeliančių antrinę NKS. Jei feritino koncentracija serume < 50 mkg/l, skiriama geriamųjų geležies preparatų (geležies sulfato). Jei yra kitų antrinio NKS priežasčių, skiriamas tinkamas pagrindinės ligos gydymas.

4.3. Nustačius pirminio arba antrinio NKS diagnozę ir esant vidutinio sunkumo arba sunkiems NKS simptomams, pradėdama medikamentinis gydymas:

4.3.1. Skiriama pradinė dopamino agonisto dozė.

4.3.2. Jei pacientas dopamino agonistų netoleruoja ar jų skirti negalima dėl kitokių priežasčių ir vyrauja neskausminiai NKS simptomai, skiriama pradinė levodopos preparato dozė. Levodopos preparatus taip pat galima skirti epizodiškai, kai yra intermituojantis NKS (simptomai kartojasi rečiau kaip 2 kartus per savaitę).

4.3.3. Jei vyrauja skausminiai NKS simptomai, kylantys naktį, gydymą galima pradėti nuo gabapentino ar silpnų opiatų pradinės dozės.

4.3.4. Vaistus pradiniam NKS gydymui rekomenduojama vartoti 1 kartą per dieną vakare (1–2 val. prieš miegą arba numatomą NKS simptomų atsiradimą).

4.4. Jei simptomai palengvėja per 2–3 dienas, tęsiamas pradėtas gydymas, jei ne – paskirto medikamento dozė didinama kas 3–7 dienas iki maksimalios arba kol simptomai palengvėja.

4.5. Jei, pasiekus maksimalią pirmojo vaisto dozę, NKS simptomai išlieka, gydymas keičiamas.

4.5.1. Vyraujant neskausminiams NKS simptomams, skiriama kito dopamino agonisto pradinė dozė ir palaipsniui didinama iki maksimalios.

4.5.2. Jei vyrauja skausminiai simptomai, dopaminerginis vaistas keičiamas gabapentinu arba opiatais, arba skiriamas dopaminerginio vaisto ir gabapentino arba opiato derinys.

4.5.3. Jei yra reikšminga su NKS susijusi nemiga, prie pirmiausia pasirenkamo vaisto pridedama klonazepamo.

4.6. Jei simptomai išlieka, skiriamas trečiasis pasirenkamas vaistas NKS gydyti arba kitoks pirmojo ir antrojo pasirenkamų vaistų derinys.

4.7. Jei gydant dopaminerginiais vaistais ilgai atsiranda nepageidaujimų reiškinių – augmentacijos fenomenas (ankstyvėjanti NKS simptomų pradžia ir trumpesnis latencijos periodas iki simptomų pradžios ramybėje; ryškėjantys simptomai ir mažesnis vaistų terapinis efektas nekeičiant jų dozės; NKS simptomų išplitimas į rankas, liemenį, pilvą) arba rikošetiniai simptomai (NKS simptomai anksti ryte, pabudus), rekomenduojama vaisto paros dozę suvartoti per 2 kartus (po 18 val. ir prieš miegą) arba per 3 kartus. Jei tai nepadeda, gydymas keičiamas nedopaminerginiais vaistais (žr. 8.2 priedą).

5. PASVEIKIMO AR LIGOS REMISIJOS KRITERIJAI

5.1. Tinkamai skiriamų vaistų poveikis NKS simptomams yra labai greitas, todėl gydymo efektyvumą galima įvertinti jau po kelių dienų nuo vaisto paskyrimo pradžios.

5.2. Greitas palengvėjimas skiriant dopaminerginius vaistus yra vienas iš papildomų NKS klinikinių požymių.

5.3. Pasveikimo kriterijų nėra. Pirminis NKS yra nepagydoma liga, reikalaujanti nuolatinio

gydymo. Ligos remisija laikomas NKS simptomų išnykimas arba palengvėjimas iki tokio laipsnio, kai nebetrikdo miego ir neturi reikšmingos įtakos gyvenimo kokybei.

5.4. Antrinio NKS simptomai gali praeiti, išnykus ligą sukeliančiai būklei arba ligai (pvz., nėštumui, geležies stokos anemijai).

6. LITERATŪROS SĄRAŠAS

- Allen RP, Earley CJ. Augmentation of the restless legs syndrome with carbidopa/levodopa. *Sleep* 1996; 19: 205–13.
- Allen RP, Earley CJ. Defining the phenotype of the restless legs syndrome (RLS) using age-of-symptom-onset. *Sleep Med* 2000; 1: 11–9.
- Allen RP, La Buda MC, Becker P, et al. Family history study of the restless legs syndrome. *Sleep Med* 2002; 3(Suppl): S3–7.
- Allen RP, Picchietti D, Hening WA, et al. Restless legs syndrome diagnosis and epidemiology. A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health. *Sleep Med* 2003; 4: 101–19.
- Allen RP, Walters AS, Montplaisir J, et al. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. *Arch Intern Med* 2005; 165: 1286–92.
- Berger K, Luedemann J, Trenkwalder C, et al. Sex and the risk of restless legs syndrome in the general population. *Arch Intern Med* 2004; 164: 196–202.
- Butler JV, Mulkerrin EC, O’Keeffe ST. Nocturnal leg cramps in older people. *Postgrad Med J* 2002; 78: 596–8.
- Earley CJ, Allen RP. Restless legs syndrome augmentation associated with tramadol. *Sleep Med* 2006; 7: 592–3.
- Garcia-Borreguero D, Egatz R, Winkelmann J, et al. Epidemiology of restless legs syndrome: the current status. *Sleep Med Rev* 2006; 10: 153–67.
- Garcia-Borreguero D, Larrosa O, de la Llave Y, et al. Treatment of restless legs syndrome with gabapentin: a double-blind, cross-over study. *Neurology* 2002; 59: 1573–9.
- Hening W, Walters AS, Allen RP, et al. Impact, diagnosis and treatment of restless legs syndrome (RLS) in a primary care population: the REST (RLS epidemiology, symptoms, and treatment) primary care study. *Sleep Med* 2004; 5: 237–46.
- Kushida CA, Allen RP, Atkinson MJ. Modelling the causal relationships between symptoms associated with restless legs syndrome and the patient-reported impact of RLS. *Sleep Med* 2004; 5: 485–8.
- Kushida CA, Littner MR, Morgenthaler T, et al. Practice parameters for the indications for polysomnography and related procedures: an update for 2005. *Sleep* 2005; 28: 499–521.
- Lauerma H, Markkula J. Treatment of restless legs syndrome with tramadol: an open study. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 241–4.
- Lee HB, Hening WA, Allen RP, et al. Race and restless legs syndrome symptoms in an adult community sample in east Baltimore. *Sleep Med* 2006; 7: 642–5.
- Littner MR, Kushida C, Anderson WM, et al. Practice parameters for the dopaminergic treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder. *Sleep* 2004; 27: 557–9.
- Michaud M, Paquet J, Lavigne G, et al. Sleep laboratory diagnosis of restless legs syndrome. *Eur Neurol* 2002; 48: 108–13.
- Molnar MZ, Novak M, Mucsi I. Management of restless legs syndrome in patients on dialysis. *Drugs* 2006; 66: 607–24.
- Oertel WH, Stiasny-Kolster K, Bergholdt B, et al. Efficacy of pramipexole in restless legs syndrome: a 6-week, multicenter, randomized, double-blind study (EFFECT-RLS). *Mov Disord* 2007; 22: 213–9.
- O’Keeffe ST, Gavin K, Lavan JN. Iron status and restless legs syndrome in the elderly. *Age Ageing* 1994; 23: 200–3.
- Ondo W, Romanyshyn J, Vuong KD, et al. Long-term treatment of restless legs syndrome with dopamine agonists. *Arch Neurol* 2004; 61: 1393–7.
- Ondo W, Tan EK, Mansoor J. Rheumatologic serologies in secondary restless legs syndrome. *Mov Disord* 2000; 15: 321–3.
- Ondo WG, Vuong KD, Jankovic J. Exploring the relationship between Parkinson disease and restless legs syndrome. *Arch Neurol* 2002; 59: 421–4.
- Ondo WG. Methadone for refractory restless legs syndrome. *Mov Disord* 2005; 20: 345–8.
- Partinen M, Hirvonen K, Jama L, et al. Efficacy and safety of pramipexole in idiopathic restless legs syndrome: a polysomnographic dose-finding study: the PRELUDE study. *Sleep Med* 2006; 407–17.
- Salih AM, Gray RE, Mills KR, et al. A clinical, serological and neurophysiological study of restless legs syndrome in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1994; 33: 60–3.
- Schenck CH, Mahowald MW. Parasomnias. Managing bizarre sleep related behavior disorders. *Postgrad Med* 2000; 107: 145–56.
- Schenck CH, Mahowald MW. Review of nocturnal sleep-related eating disorders. *Int J Eat Disord* 1994; 15: 343–56.
- Sforza E, Johannes M, Claudio B. The PAM-RL ambulatory device for detection of periodic leg movements: a validation study. *Sleep Med* 2005; 6: 407–13.
- Silber MH, Ehrenberg BL, Allen RP, et al. An algorithm for the management of restless legs syndrome. *Mayo Clin Proc* 2004; 79: 916–22.
- Stiasny-Kolster K, Kohnen R, Carsten Moller J, et al. Validation of the “L-DOPA test” for diagnosis of restless legs syndrome. *Mov Disord* 2006; 21: 1333–9.
- Sun ER, Chen CA, Ho G, et al. Iron and the restless legs syndrome. *Sleep* 1998; 21: 371–7.
- The International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. Second edition. Chicago, IL: American Association of Sleep Medicine, 2005.
- Tison F, Crochard A, Leger D, et al. Epidemiology of restless legs syndrome in French adults: a nationwide survey: the INSTANT study. *Neurology* 2005; 65: 239–46.
- Trenkwalder C, Stiasny-Kolster K, Kupsch A, et al. Controlled withdrawal of pramipexole after 6 months of open-label treatment in patients with restless legs syndrome. *Mov Disord* 2006; 21: 1404–10.
- Ulfberg J, Nystrom B, Carter N, et al. Prevalence of restless legs syndrome among men aged 18 to 64 years: an association with somatic disease and neuropsychiatric symptoms. *Mov Disord* 2001; 16: 1159–63.
- Ulfberg J, Nystrom B, Carter N, et al. Restless legs syndrome among working-aged women. *Eur Neurol* 2001; 46: 17–9.
- Walters AS, Hening W, Rubinstein M, et al. A clinical and polysomnographic comparison of neuroleptic-induced akathisia and the idiopathic restless legs syndrome. *Sleep* 1991; 14: 339–45.
- Walters AS. Review of receptor agonist and antagonist studies relevant to the opiate system in restless legs syndrome. *Sleep Med* 2002; 3: 301–4.
- Walters AS. Towards a better definition of the restless legs syndrome. The International Restless Legs Syndrome Study Group. *Mov Disord* 1995; 10: 634–42.
- Winkelmann JW, Johnston L. Augmentation and tolerance with long-term pramipexole treatment of restless legs syndrome (RLS). *Sleep Med* 2004; 5: 9–14.
- Winkelmann JW, Sethi KD, Kushida CA, et al. Efficacy and safety of pramipexole in restless legs syndrome. *Neurology* 2006; 67: 1034–9.
- Winkelmann JW. Considering the causes of RLS. *Eur J Neurol* 2006; 13 (Suppl 2): 8–14.
- Winkelmann J, Prager M, Lieb R, et al. “Anxietas Tibiarum”. Depression and anxiety disorders in patients with restless legs syndrome. *J Neurol* 2005; 252: 67–71.
- Zucconi M, Ferri R, Allen R, et al. International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG). The official World Association of Sleep Medicine (WASM) standards for recording and scoring periodic leg movements in sleep (PLMS) and wakefulness (PLMW) developed in collaboration with a task force from the International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG). *Sleep Med* 2006; 7: 175–83.

7. PRIEDAI

7.1. Tarptautinė neramių kojų sindromo vertinimo skalė

Tarptautinė Neramių kojų sindromo (NKS) vertinimo skalė

Ši skalė, sudaryta ir ratifikuota Tarptautinės Neramių kojų sindromo studijų grupės, tapo standartu NKS sunkumui vertinti.

NKS skalė apima 10 charakteristikų: penkios apibūdina simptomų dažnumą ir intensyvumą, kitos penkios – simptomų įtaką kasdieniniam gyvenimui ir miegui. Kiekvienas klausimas vertinamas nuo 0 iki 4 balų: 0 – reiškia, kad simptomų nėra, 4 – labai sunkūs.

10 klausimų NKS vertinti

Pacientas pats įvertina savo ligos simptomus per praėjusią savaitę:

1. Ar jaučiate nepatogumą kojose ir rankose dėl NKS?

I. sunkus sunkus vidutinis lengvas nėra

2. Kaip vertinate poreikį judinti galūnes dėl NKS?

I. dažnas dažnas vidutinis retas nėra

3. Ar palengvėja nepatogumas rankose ir kojose dėl NKS jas judinant?

Nėra palengvėjimo Beveik išnyksta
 Nedaug palengvėja Nėra NKS simptomų
 Vidutiniškai palengvėja

4. Kaip vertinate miego sutrikimus dėl NKS simptomų?

I. sunkūs sunkūs vidutiniai lengvi nėra

5. Kaip vertinate nuovargį ir mieguistumą dienos metu dėl NKS simptomų?

I. didelis didelis vidutinis mažas nėra

6. Kaip iš viso vertinate savo NKS simptomus?

I. sunkūs sunkūs vidutiniai lengvi nėra

7. Kaip dažnai Jus vargina NKS simptomai?

I. dažnai dažnai kartais retkarčiais niekada

8. Kai jaučiate NKS simptomus, kokio sunkumo jie yra?

I. sunkūs sunkūs vidutiniai lengvi nėra

9. Kaip NKS simptomai įtakoja Jūsų veiklą dienos metu (pvz., šeimoje, namuose, darbe)?

I. žymiai vidutiniškai visiškai neįtakoja
 žymiai mažai

10. Kaip vertinate nuotaikos sutrikimus dėl NKS simptomų (pvz., pyktis, depresija, liūdesys, nerimas, dirglumas)?

I. sunkūs sunkūs vidutiniai lengvi nėra

Rezultatai

NKS skalė vertinama pagal balus atsakant į 10 klausimų. Galimi balai nuo 0 iki 40, kai 40 – labai sunki ligos eiga.

NKS sunkumas	NKS skalės vertinimo balai
Nėra	0
Lengvas	1 iki 10
Vidutinio sunkumo	11 iki 20
Sunkus	21 iki 30
Labai sunkus	31 iki 40

Literatūra:

- Allen RP, Kushida CA, Atkinson MJ, for the RLS QoL Consortium. Factor analysis of the International Restless Legs Syndrome Study Group's scale for restless legs severity. *Sleep Med* 2003; 4(special issue): 133–5.
- The International Restless Legs Syndrome Study Group. Validation of the International Restless Legs Syndrome Study Group. *Sleep Med* 2003; 4(special issue): 121–32.
- Hening WA, Allen RP. Restless legs syndrome (RLS): the continuing development of diagnostic standards and severity measures. *Sleep Med* 2003; 4(special issue): 95–7.
- Lundbeck Institute Web site. Rating scales. Available at: <http://www.brainexplorer.org/factsheets/Psychiatry%20Rating%20Scales.pdf>. Accessed January 3, 2006.
- National Center for Biotechnology Information. Appendix VI: description of Hamilton rating scale and Clinical Global Impressions scale. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hsta16.section.3280>. Accessed January 3, 2006.

7.2. Neramių kojų sindromo gydymo algoritmo schema

