

xemie a kardiopulmonálních komplikací. Pokud jsou přítomny hlasité chrápání, pozorované apnoické pauzy, ranní bolesti hlavy, nevysvětlitelná plicní hypertenze, obezita nebo výrazná denní spavost, je nutné cílené vyšetření poruch dýchání ve spánku (10, 11).

Psychické, somatické, lékové a behaviorální faktory

Úzkost a deprese jsou u CHOPN časté a jejich vztah k insomnii je obousměrný. Dušnost může vyvolávat strach z udušení, pacient může v noci nadměrně sledovat dech a tělesné pocity a každé krátké probuzení interpretovat jako známku ohrožení. Nedostatek spánku současně zhoršuje emoční regulaci, toleranci dušnosti a schopnost dodržovat léčebný režim (8). Kvalitativní práce popisují obavy pacientů ze smrti během spánku, nejistotu ohledně budoucího vývoje CHOPN a rozdílné preference léčby nespavosti (9).

K dalším významným příčinám patří chronická bolest, gastroezofageální reflux, nykturie, obezita, srdeční selhání, otoky, syndrom neklidných nohou, periodické pohyby končetin, kouření a abstinenci příznaky po nikotinu. Spánek mohou ovlivnit také systémové glukokortikoidy, theofylin, nevhodně načasovaná stimulující léčiva, opioidy a další látky tlumící centrální nervový systém. Kofein, nikotin a alkohol mohou zkrátit latenci usnutí nebo navodit ospalost, ale následně zhoršují kontinuitu a kvalitu spánku. U každého pacienta je proto nezbytná revize celé medikace včetně volně prodejných přípravků.

Udržující behaviorální faktory bývají snadno přehlédnuty. Pacient s únavou omezuje denní aktivitu, tráví více času na lůžku, nepravidelně dřímá a večer se pokouší „dohnat“ spánek časným ulehnutím. Tím se snižuje spánkový tlak a roste množství bdění na lůžku. Ložnice se postupně spojuje s dušností, obavami a frustrací místo se spánkem. Právě tyto mechanismy vysvětlují, proč může insomnie přetrvávat i po stabilizaci respiračního stavu.

Diagnostický postup

Diagnóza insomnie je primárně klinická. Základem je strukturovaná spánková anamnéza, která má popsat typ obtíží, jejich frekvenci, trvání, denní následky a časovou souvislost se změnami CHOPN, medikace nebo životní situace. Je třeba ověřit, zda má pacient pro spánek dostatečnou příležitost, zda nejde především o posun cirkadiálního rytmu a zda obtíže nejsou lépe vysvětleny jinou poruchou spánku (2).

Praktický rozhovor by měl zahrnout obvyklý čas ulehnutí a vstávání ve všední i volné dny, latenci usnutí, počet a délku probuzení, časné ranní probouzení, dřímání, příjem kofeinu, nikotinu a alkoholu, večerní dávky léků, noční respirační příznaky a denní únavu nebo spavost. Důležitý je rozdíl mezi únavou a pravou spavostí: výrazná tendence usínat v klidových situacích zvyšuje podezření na nedostatek spánku, OSA, hypoventilaci nebo účinek sedativ.

Spánkový deník vedený alespoň jeden až dva týdny pomůže odhadnout latenci usnutí, dobu bdění po usnutí, celkovou dobu spánku a spánkovou efektivitu. ISI je vhodný pro posouzení závažnosti insomnie a pro sledování odpovědi na léčbu (13). PSQI zachycuje širší subjektivní kvalitu spánku za poslední měsíc; globální skóre > 5 obvykle upozorňuje na významné obtíže, ale není specifické pro insomnii (12). Při interpretaci je nutné používat správný termín: hod-

nota vypočtená jako podíl doby spánku a doby na lůžku je spánková efektivita, nikoli „kvalita spánku“.

Polysomnografie není rutinním vyšetřením nekomplikované chronické insomnie. Je indikována zejména při podezření na OSA, spánkovou hypoventilaci, periodické pohyby končetin, neobvyklé noční projevy nebo při léčebně rezistentní insomnii (2). U pacientů s pokročilou CHOPN, hyperkapnií, plicní hypertenzí nebo nevysvětlitelnými ranními bolestmi hlavy může být vhodné doplnit noční oxymetrii či vyšetření s měřením oxidu uhličitého podle lokálních možností a klinické otázky.

Součástí vyšetření je posouzení aktivity CHOPN, četnosti exacerbací, inhalační techniky a adherence, saturace kyslíkem, případně krevních plynů, a cílené vyhledání bolesti, refluxu, srdečního selhání, nykturie, úzkosti, deprese, poruch užívání návykových látek a syndromu neklidných nohou. Diagnostický závěr by měl pojmenovat nejen insomnii, ale také pravděpodobné spouštěcí a udržující faktory, protože právě z nich vychází léčebný plán.

Léčba insomnie u pacientů s CHOPN

Cílem léčby není pouze prodloužit dobu spánku. Důležitější je snížit čas bdění na lůžku, obnovit pravidelný a předvídatelný spánkový rytmus, zlepšit denní fungování a omezit obavy spojené se spánkem. Léčebný plán má současně minimalizovat riziko respirační deprese, pádů, kognitivních nežádoucích účinků a lékové závislosti.

Optimalizace CHOPN a souvisejících onemocnění

Prvním krokem je stabilizace respiračního stavu a odstranění reverzibilních nočních obtíží. Patří sem kontrola inhalační techniky a adherence, správné načasování bronchodilatační léčby, léčba exacerbace, odvykání kouření a léčba kašle, expektorace, refluxu, bolesti, nykturie, srdečního selhání, úzkosti a deprese. Systémové glukokortikoidy mají být podávány pouze při jasné indikaci a pokud je to klinicky možné, spíše v dřívější části dne. Dlouhodobá domácí oxygenoterapie a neinvazivní ventilace se indikují podle respiračních kritérií; nelze je chápat jako léčbu insomnie samotné (1, 11).

Při potvrzené OSA je nutné nabídnout odpovídající léčbu, nejčastěji pozitivní přetlak v dýchacích cestách. U syndromu neklidných nohou je vhodné zhodnotit zásoby železa a medikaci, která obtíže zhoršuje. Pokud je přítomna klinicky významná úzkost nebo deprese, měla by být léčena souběžně; čekání, že se insomnie upraví až po úplném odeznění psychických obtíží, obvykle není vhodné.

Kognitivně-behaviorální terapie nespavosti a další nefarmakologické postupy

KBT-I je léčbou první volby u chronické insomnie bez ohledu na věk a přítomnost somatických či psychických onemocnění (2, 14). Nejde pouze o poučení o spánkové hygieně. Standardní program kombinuje několik aktivních složek:

- kontrolu podnětů – upevnění spojení mezi lůžkem a spánkem, omezení dlouhého bdění na lůžku a pravidelný čas vstávání;
- restriktu nebo kompresi času na lůžku – přizpůsobení času strávěného na lůžku reálné době spánku s postupným rozšiřováním při zlepšení spánkové efektivit;