

- kognitivní práci – úpravu katastrofických představ o následcích nespavosti a obav z usnutí či udušení;
- relaxační metody – snížení tělesného a psychického napětí, například progresivní svalovou relaxaci, řízenou pozornost nebo klidné dýchání přizpůsobené toleranci pacienta;
- edukaci o regulaci spánku a podpůrná pravidla spánkové hygieny.

U CHOPN je nutné program individualizovat. Příliš agresivní omezení času na lůžku může dočasně zvýšit spavost a riziko pádu, a proto je u křehkých pacientů vhodnější pozvolná komprese pod vedením zkušeného terapeuta. Relaxační techniky nesmějí vyvolávat pocit dechového selhání; pacientům může vyhovovat poloha s elevací horní poloviny těla, nácvik výdechu přes sešpulené rty nebo postupy známé z plicní rehabilitace. KBT-I lze poskytovat individuálně, skupinově nebo prostřednictvím validovaného digitálního programu (2).

Randomizované studie u pacientů s CHOPN prokázaly, že behaviorální léčba může zlepšit závažnost insomnie, spánkovou efektivitu a některé denní příznaky. Studie Kapella et al. hodnotila jednotlivé složky léčby u pacientů s CHOPN a chronickou insomnií a podpořila proveditelnost cílené behaviorální intervence (15). Následná práce Jun et al. ukázala změny ve shluku příznaků zahrnujícím insomnií, únavu a dušnost (16). Soubory byly relativně malé, přesto dostupná data spolu s obecnými doporučeními jednoznačně podporují KBT-I jako preferovaný postup.

Spánková hygiena je důležitá podpůrná součást, ale sama o sobě obvykle chronickou insomnií neléčí. Prakticky lze doporučit stálý čas

vstávání, pravidelný pobyt na denním světle, přiměřenou denní aktivitu, omezení dlouhého odpoledního dřímání, kofeinu a nikotinu ve večerních hodinách, nepoužívání alkoholu jako hypnotika a klidné, tmavé a přiměřeně chladné prostředí. Světelná terapie, pravidelný pohyb a techniky všímavosti mohou být doplňkem, nikoli náhradou KBT-I (2).

Plicní rehabilitace

Plicní rehabilitace zlepšuje toleranci zátěže, dušnost a kvalitu života, ale její účinek na insomnií a objektivní parametry spánku není jednotný. V jedné studii osm týdnů rehabilitace nezlepšilo objektivně měřené parametry spánku (17). Naopak menší prospektivní studie u pacientů se špatným spánkem zjistila zlepšení spánkové efektivitu měřené aktigrafí (18). Rozdíly mohou souviset s výběrem pacientů, délkou programu, časem cvičení a použitými metodami hodnocení. Plicní rehabilitace proto zůstává zásadní součástí léčby CHOPN, neměla by však nahrazovat cílenou KBT-I u diagnostikované insomnie.

Farmakologická léčba

Specifických randomizovaných studií hypnotik u CHOPN je málo. Farmakoterapii proto nelze postavit na jednoduchém předpokladu, že výsledky u obecné seniorské populace lze bez dalšího přenést na všechny pacienty s CHOPN. Věk, křehkost, polypragmazie a změněná farmakokinetika jsou důležité, ale navíc je nutné zohlednit tíži obstrukce, noční hypoxemii, hyperkapnii, OSA, užívání opioidů a předchozí pády. Doporučení pro obecnou populaci a geriatrická kritéria mohou pomoci při volbě, nenahrazují však individuální respirační posouzení (2, 19, 20).

Tab. 2. Farmakoterapie insomnie u CHOPN – možné místo a hlavní omezení

Skupina / příklady	Možný přínos	Rizika a omezení u CHOPN	Praktické postavení
Benzodiazepiny	Krátkodobé zkrácení latence usnutí a zlepšení kontinuity spánku; současný anxiolytický účinek.	Respirační deprese u vnímavých pacientů, porucha probouzení odpovědi, pády, delirium, kognitivní porucha, tolerance a závislost. Zvýšená opatrnost při hyperkapnii, OSA, opioidech a alkoholu.	Obvykle se jim vyhýbat; výjimečně krátkodobě po pečlivém zhodnocení.
Z-hypnotika (např. zolpidem, zopiklon)	Účinek na usínání, podle preparátu i na udržení spánku.	Nejsou „respiračně neutrální“. Ranní porucha výkonnosti, pády, amnézie, komplexní chování ve spánku, tolerance. Observační data u CHOPN nejsou jednoznačná.	Pouze u vybraných pacientů, krátkodobě a s plánem vysazení.
Duální antagonisté orexinových receptorů	Účinek na usínání i udržení spánku; nižší potenciál svalové relaxace než GABAergní hypnotika.	Krátkodobé studie u vybraných pacientů s lehkou až středně těžkou CHOPN neprokázaly významné průměrné zhoršení respirace. Data pro těžkou hyperkapnickou CHOPN a overlap syndrom jsou omezená.	Možná alternativa tam, kde jsou dostupné; stále nutné individuální posouzení.
Melatonin s prodlouženým uvolňováním / melatoninergní léčba	Mírný chronobiotický a hypnotický účinek; příznivější profil pádů a kognitivních účinků.	Účinnost je obvykle menší než u klasických hypnotik; výsledky závisí na preparátu, dávce a správné indikaci.	Lze zvážit zejména u starších pacientů nebo při cirkadiánní složce; nepřeceňovat efekt.
Nízkodávkovaný doxepin	Především léčba poruch udržení spánku.	Ve vyšších dávkách roste anticholinergní zátěž, riziko ortostatické hypotenze a interakcí. Specifická data u CHOPN chybějí.	Možná varianta u vybraných pacientů bez kontraindikací.
Sedativní antidepresiva (např. trazodon, mirtazapin)	Mohou být užitečná při současné indikaci, například depresi nebo nechutenství.	Omezené důkazy pro primární insomnií; ortostatická hypotenze, ranní sedace, pády, lékové interakce. Trazodon není doporučen jako rutinní hypnotikum.	Nepoužívat rutinně pouze „na spaní“ bez další indikace.
Sedativní antihistaminika, antipsychotika a fytofarmaka	Snadná dostupnost nebo sedativní účinek.	Anticholinergní účinky, zmatenost, retence moči, pády, metabolické a kardiovaskulární nežádoucí účinky; u bylin nejednotná kvalita a slabé důkazy.	Pro chronickou insomnií se obecně nedoporučují.