

## Рекомендації щодо лікування хронічної інсомнії в дорослих

Симптоми інсомнії відмічаються приблизно у 33–50 % популяції дорослих осіб. Ризик виникнення вказаного розладу особливо зростає серед людей старшого віку, які мають приналежність до жіночої статі та/або коморбідну патологію, а також серед осіб із низьким соціально-економічним статусом. Терміном «інсомнія» нині послуговуються в різних контекстах щодо певних симптомів чи специфічних розладів. Згадані порушення можуть проявлятися різноманітними специфічними скаргами та іншими взаємопов'язаними проблемами, що потребують додаткового часу від лікаря для оцінювання стану пацієнта та організації допомоги через хронічне безсоння. Вашій увазі представлено огляд практичних рекомендацій Американської академії медицини сну (AASM) щодо фармакологічного лікування інсомнії в дорослих пацієнтів.

**П**ід інсомнією розуміють стан, який визначають за суб'єктивним відчуттям пацієнта про проблеми із засинанням, тривалістю, глибиною чи якістю сну, що виникають попри належно створені умови і призводять до дисгармонії активного функціонування людини протягом дня.

Порушення сну були окреслені та систематизовані в Міжнародній класифікації розладів сну (ICSD-2), діагностичні критерії якої представлено в таблиці 1.

### Лікування хронічної інсомнії

Лікування вищезазначених симптомів рекомендоване у разі, коли хронічна інсомнія чинить суттєвий негативний вплив на якість сну пацієнта, здоров'я, коморбідні стани чи рівень функціонування протягом дня. Насамперед важливо розпізнати та лікувати коморбідні стани, які виникають через розлади сну, виявити поведінкові зміни та можливе вживання психоактивних речовин чи інших ліків, прийом яких може погіршувати сон.

### Оцінка ризику

Досить часто інсомнія стає причиною як індивідуальних, так і соціальних проблем пацієнта. Особи з хронічною інсомнією можуть мати такі порушення протягом дня, як: зменшення рівня когнітивного функціонування, зниження настрою, продуктивності роботи та ін. Зазначені симптоми впливають як на самого пацієнта, так і на його сім'ю, друзів, співробітників та осіб, які ним опікуються. Люди з хронічною інсомнією частіше звертаються за медичною допомогою, відвідують лікарів, пропускають або запізнюються на роботу, роблять помилки та потрапляють у дорожньо-транспортні пригоди (Leger et al., 2002, 2006). У них помічено вищий ризик суїцидів, імовірність імунних порушень та здебільшого трапляються повторні рецидиви зловживання психоактивними речовинами (Taylor et al., 2003). Для осіб з інсомнією притаманні також коморбідні стани: депресія, тривога та зловживання психоактивними речовинами. Серед факторів, що підвищують ризик розвитку порушень сну, варто зазначити й такі як: нездоровий спосіб життя, куріння, алкогольна та нікотинова залежність. Тому клініцисти під час

**Таблиця 1. Діагностичні критерії інсомнії за Міжнародною класифікацією порушень сну (ICSD-2)**

<b>A</b>	Скарги на проблеми із засинанням, глибину сну, надто раннє прокидання або сон, який не задовольняє пацієнта за якістю та не приносить відчуття відпочинку
<b>B</b>	Вказані проблеми виникають у супереч належно створеним умовам для сну
<b>C</b>	Наявність щонайменше одного симптому, який проявляється протягом дня та спричинений проблемами із нічним сном: 1. Відчуття втоми та нездужання. 2. Зниження уваги, концентрації чи пам'яті. 3. Деадаптація соціального, професійного чи навчального характеру. 4. Порушення настрою чи дратівливість. 5. Сонливість протягом дня. 6. Зниження мотивації, ініціативності чи енергійності. 7. Надмірна схильність до помилок або нещасних випадків на роботі чи під час водіння автотранспорту. 8. Відчуття напруження, головний біль чи шлунково-кишкові симптоми у відповідь на відсутність сну. 9. Загальне занепокоєння або з приводу проблем зі сном.

Адаптовано згідно з Schutte-Rodin et al. Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults // Journal of Clinical Sleep Medicine. — 2008. — V. 4, № 5. — P. 487–504.

діагностики мають бути особливо уважними щодо оцінювання індивідуальних та соціальних ризиків пацієнта.

Не існує специфічної генетичної основи виникнення інсомнії, за винятком летальної сімейної інсомнії, яка є рідкісним захворюванням. Наразі описано сімейну схильність до порушень сну, проте вплив генетичної вразливості у родині та відповідні розлади поведінки ще недостатньо вивчені.

### **Загальні положення та мета лікування**

Передусім треба виявити та лікувати коморбідні стани (наприклад, великий депресивний розлад, хронічний більвовий синдром), які зазвичай супроводжують інсомнію (Lichstein et al., 2000). Також слід ужити заходів щодо надмірного вживання кофеїну, алкоголю та засобів, які пацієнти приймають із метою «самолікування». Цілі лікування інсомнії включають як зменшення симптомів, пов'язаних зі сном та пробудженням, так і покращення функціонування протягом дня та зменшення впливу дистресу на діяльність хворого.

Результати втручання можливо оцінити через опис клінічного стану, опитувальники та щоденники сну особи, що звертається за допомогою. Обираючи лікування, пацієнт разом із лікарем має обговорити першочергові та вторинні його задачі, враховуючи первинні скарги та основні показники, такі як: тривалість засинання, час пробудження після засинання, загальна кількість пробуджень, частота та складність скарг, дистрес унаслідок нічних кошмарів та відповідні симптоми протягом дня. Після обговорення різних варіантів допомоги та на підставі основних скарг слід обрати адаптований варіант лікування, що включає спеціальний подальший план, побудований разом із пацієнтом, незалежно від вибраного методу лікування із зазначенням відповідних термінів.

Для окремих розладів сну необхідним є кількісне визначення його якості, рівня функціонування особи протягом дня та оцінки симптомів коморбідних станів, що потребує ретельнішої діагностики (часто із застосуванням спеціальних опитувальників). У разі, якщо лікар не володіє необхідними тестами, проведення вказаних заходів покладається на спеціаліста зі сну, психолога чи інших фахівців, які проводять тестування.

Короткотривалу ефективність у лікуванні хронічної інсомнії продемонстрували психологічні та поведінкові втручання та приймання агоністів бензодіазепінових рецепторів короткої дії (BzRAs).

Психологічні та поведінкові заходи виявилися ефективними як у короткотривалій, так і довготривалій перспективі, вони можуть призначатися при первинній інсомнії та коморбідних

порушеннях сну. Застосовувати психологічні, поведінкові та фармакологічні інтервенції можливо як ізольовано, так і в комбінації з іншими видами терапії.

Важливим компонентом лікування є систематична оцінка результатів та отримання зворотного зв'язку від пацієнта, незалежно від обраного методу. Крім того, при хронічній інсомнії рекомендовано проводити регулярне клінічне оцінювання кожного наступного етапу лікування через високий ризик рецидиву.

### **Психологічні та поведінкові методи лікування**

На еволюцію хронічних порушень сну мають вплив як фізіологічні процеси, так і мнестичне перезбудження. Як правило, такі пацієнти мають поведінкові проблеми, такі як: довготривале перебування в ліжку без сну (внаслідок чого зростає кількість намагань заснути), підвищення рівня незадоволення та тривоги через відсутність сну (що ще більше його ускладнює та формує негативні очікування), помилкові переконання та неправильне ставлення до згаданого розладу та його наслідків.

Ключовим фактором, який може бути метою психологічних та поведінкових заходів протягом тривалого часу, є навчання адекватної відповіді особи на вказані негативні аспекти. Лікування, яке націлене на зазначені вище компоненти, відіграє важливу роль у допомозі як при первинній, так і при коморбідній інсомнії (Lichstein et al., 2000). Таке втручання ефективне у дорослих будь-якого віку, включаючи осіб похилого віку. Під час більшості досліджень у пацієнтів вивчали первинну інсомнію, але останні дані підтверджують подібні результати і серед осіб із коморбідною чи медичною інсомнією.

Етіологія інсомнії вважається мультифакторною. У разі коморбідної інсомнії втручання необхідно розпочинати з усунення коморбідного стану, що може включати лікування великого депресивного розладу, належну допомогу при болях та інших медичних станах, відміну ліків, які чинять активуючий вплив, та допамінергічних препаратів при рухових порушеннях.

Зрештою, досить часто лікування коморбідних розладів усуває й порушення сну. Хоча все більше стає очевидним те, що після купірування вказаних розладів, численні психологічні та поведінкові проблеми сприяють лише закріпленню проблем зі сном. Такі фактори, як: хвилювання з приводу неможливості заснути та наслідки порушення сну протягом дня, помилкові переконання і ставлення до причин безсоння та їх значення, невдалі спроби пристосування до нових обставин (наприклад, зміна графіка та способу життя), проведення у ліжку надмірно тривалого часу без сну — продовжують і надалі чинити негативний вплив. Останній чинник має особливе значення, оскільки часто пов'язаний із певними складнощами під час намагання заснути, що провокує зростання незадоволення та напруження пацієнта. Ліжко стає місцем, яке асоціюється з відсутністю сну та певним напруженням із цього приводу, і як наслідок перетворюється на складну парадигму, що постійно повторюється.

Безумовно, метою психологічної та поведінкової терапії є зміна системи переконань, які приведуть до підвищення сенсу життя та самореалізації стосовно проблем зі сном. Її можливо досягнути шляхом:

- 1) ідентифікації малоадаптивної поведінки та когнітивних схем, що сприяють хронізації інсомнії;
- 2) усвідомлення пацієнтом когнітивних переконань, притаманних цьому стану, акцентуації його уваги на них, роботи щодо перебудови думок і ставлення до них у напрямі, який сприятиме сну;
- 3) застосування специфічних поведінкових підходів, які налагоджують взаємозв'язок між намаганнями заснути та збудженням через відсутність сну, мінімізуючи при цьому кількість часу, проведеного без сну в ліжку;
- 4) встановлення регулярного графіка сну та активності, формування здорових звичок і створення сприятливих умов;
- 5) втілення інших психологічних і поведінкових методів, які зменшують загальне психофізіологічне перезбудження та тривогу, що виникають унаслідок відсутності сну.

Психологічна та поведінкова терапія при інсомнії включає різноманітні специфічні методики. Наявні сьогодні дані підтверджують ефективність контролю над стимулами, тренінгу релаксації та когнітивно-поведінкової психотерапії (наприклад, мультимодальні підходи, що залучають як когнітивні, так і поведінкові елементи) у поєднанні з релаксацією або без неї. Вказані терапевтичні заходи рекомендують як основний метод лікування хронічної інсомнії.

Рівень доказовості інших втручань, на протипагу психологічного та поведінкового лікування, не такий високий, проте вони є загальноприйнятими та їх ефективність підтверджується клінічною доказовістю. До таких методів належать депривація сну, парадоксальна інтенція та біологічний зворотний зв'язок.

На практиці специфічні психологічні та поведінкові методи найчастіше поєднують із мультимодальним лікуванням, застосовуючи метод когнітивно-поведінкової психотерапії 1 (КБТ-1). При КБТ-1 використовують вплив світла та темряви, температури, зміну модифікації ліжка. Інші нефармакологічні методи, такі як терапія світлом, можуть посилити або встановити регулярний графік сну й активності, а також покращити його тривалість і якість. Результати численних клінічних досліджень підтверджують ефективність психологічного та поведінкового лікування в довгостроковій перспективі.

У разі, коли початкові психологічні та поведінкові методи неефективні, тоді застосовують їх у поєднанні з КБТ-1 або з психофармакологічними методами. Крім того, важливо враховувати наявність коморбідних розладів.

В ідеалі психотерапевтичні втручання мають проводити клініцисти, які пройшли спеціальне навчання в цій сфері, наприклад спеціалісти з поведінкової терапії порушень сну. Американська академія із медицини сну встановила стандартизовану схему підготовки спеціалістів із поведінкової терапії сну (AASM, 2007).

## **Фармакотерапія**

Метою фармакологічного процесу терапії є підвищення якості та тривалості сну, покращення функціонування протягом дня, зменшення часу тривалості засинання та подовження періоду прокидання після засинання, а також загальне збільшення тривалості сну. Додаткове завдання психофармакологічного лікування — досягнення балансу між терапевтичними та потенційними побічними ефектами.

При виборі психофармакологічного лікування слід урахувати такі чинники, як: 1) комплекс наявних симптомів; 2) цілі лікування; 3) відповідь на попередню терапію; 4) прихильність пацієнта; 5) вартість медичних засобів; 6) доступність різноманітних методів лікування; 7) коморбідні розлади; 8) конфіденційність; 9) взаємодія призначених препаратів з іншими лікарськими засобами; 10) побічна дія.

Переважну кількість медикаментів, які призначають для лікування інсомнії, відпускають за рецептом, включаючи антидепресанти та протиепілептичні препарати. Але пацієнти застосовують також багато безрецептурних ліків і препаратів із натуральних речовин, зокрема антигістамінні, мелатонін та валеріану, попри те, що докази щодо їх ефективності та безпечності обмежені.

Управління з контролю за якістю харчових продуктів і лікарських засобів США (FDA) щодо лікування інсомнії схвалило застосування агоністів бензодіазепінових рецепторів короткої дії (BzRAs) та агоністу мелатонінових рецепторів (табл. 2). Окремі BzRAs відрізняються один від одного переважно з точки зору фармакокінетичних властивостей, хоча деяким із них притаманна відносно вираженіша селективна дія на специфічні підтипи рецепторів  $\gamma$ -аміномасляної кислоти (GABA). Короткотривала ефективність BzRAs була підтверджена великою кількістю результатів рандомізованих контрольованих досліджень. Натомість дані щодо вивчення їх ефективності в більш тривалому часовому проміжку обмежені. Потенційними побічними ефектами BzRAs є надлишкова та залишкова седація, зниження пам'яті та продуктивності, втрата свідомості, надмірна поведінкова активність під час сну, соматичні симптоми та взаємодія з іншими лікарськими засобами.

Таблиця 2. Фармакологічне лікування

Препарат	Лікарська форма	Рекомендоване дозування	Показання/специфічні рекомендації
<b>Модулятори агоністів бензодіазепінових рецепторів</b>			
<b>Небензодіазепінові</b>			
<b>Есзопіклон</b>	Таблетки 1, 2, 3 мг	2–3 мг на ніч; 1 мг у похилому віці або в ослаблених пацієнтів, максимальна доза – 2 мг; 1 мг на ніч при тяжких порушеннях функцій печінки, максимальна доза – 2 мг	Застосовують при порушеннях засинання та тривалій відсутності сну; дія помірна; обмеження тривалого приймання
<b>Золпідем</b>	Таблетки 5, 10 мг	10 мг на ніч; максимальна доза – 10 мг; 5 мг для осіб похилого віку чи ослаблених, чи осіб із погіршеною функцією печінки.	Переважно використовують при порушеннях засинання; дія короткотривала.
<b>Золпідем CR</b>	Таблетки 6,25; 12,5 мг	12,5 мг на ніч; 6,25 мг для осіб похилого віку чи ослаблених, чи осіб із погіршеною функцією печінки	Застосовують при порушеннях засинання та тривалій відсутності сну; контрольоване вивільнення, таблетку не можна подрібнювати
<b>Залеплон</b>	Капсули 5, 10 мг	10 мг на ніч; максимальна доза – 20 мг; 5 мг на ніч для осіб похилого віку, ослаблених пацієнтів чи із порушеною функцією печінки або супутнім прийомом циметидину	Використовує при порушеннях засинання, для підтримки сну не довше 4 годин після засинання; дія короткотривала
<b>Бензодіазепінові</b>			
<b>Естазопрам</b>	Таблетки 1, 2 мг	1–2 мг на ніч; 0,5 мг на ніч в осіб похилого віку чи ослаблених, чи осіб із погіршеною функцією печінки	Дія коротко- і середньотривала
<b>Темазепам</b>	Капсули 7,5; 15; 30 мг	15–30 мг на ніч; 7,5 мг на ніч в осіб похилого віку чи ослаблених, чи осіб із погіршеною функцією печінки	Дія коротко- і середньотривала
<b>Триазолам</b>	Таблетки 0,125; 0,25 мг	0,25 мг на ніч; максимальна доза – 0,5 мг 0,125 мг в осіб похилого віку чи ослаблених, чи осіб із погіршеною функцією печінки, максимальна доза – 0,25 мг	Дія короткотривала
<b>Флуназепам</b>	Капсули 15, 30 мг	15–30 мг на ніч; 15 мг на ніч в осіб похилого віку чи ослаблених, чи осіб із погіршеною функцією печінки	Довготривалої дії; є ризик надмірної залишкової сонливості протягом дня
<b>Рамелтеон</b>	Таблетки 8 мг	8 мг на ніч	Первинно застосовують при порушеннях засинання; дія короткотривала; немає часового обмеження у вживанні

Адаптовано згідно з Schutte-Rodin et al. Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults // Journal of Clinical Sleep Medicine. – 2008. – V. 4. – P. 487–504.

Нещодавно FDA рекомендувала повідомляти про несприятливі ефекти, які можливо пов'язані із седативною дією бензодіазепінів, оскільки вказані препарати можуть зумовлювати появу поведінкових порушень (у вигляді сноходіння, зміни апетиту, сексуальної функції та застереженнями щодо керування автотранспортом). Пацієнтів слід обов'язково попереджати про потенційну небезпеку зазначених побічних ефектів і про важливість забезпечення належного часу для сну, використовуючи лише встановлені дози призначених ліків, а також уникати поєднання бензодіазепінів з алкоголем та іншими седативними засобами.

Загальні зауваження щодо препаратів седативної/гіпнотичної дії:

- для збільшення ефективності необхідно приймати препарат натще;
- не рекомендовано під час вагітності або годування;
- призначати з обережністю, якщо є ознаки та симптоми депресії, порушення дихальної функції (наприклад, астма, ХОЗЛ, апное під час сну) або печінкова чи серцева недостатність;
- для людей літнього віку застосовувати з обережністю та нижчим дозуванням;
- не встановлена безпечність та ефективність у пацієнтів віком до 18 років;
- необхідно пам'ятати про додатковий вплив на психомоторну сферу в комбінації із психотропними препаратами, антидепресантами та алкоголем;
- швидке зменшення дози або різке припинення застосування бензодіазепінів може спричинити симптоми відміни, включаючи повторну появу безсоння, подібну до дії барбітуратів та алкоголю.

Деякі антидепресанти (амітриптилін, доксерін, міртазапін, пароксетин, тразодон) застосовують для лікування безсоння у менших дозах, ніж терапевтичні. Ефективність безрецептурних препаратів, до яких належать антигістамінні речовини, наразі не встановлено, особливо це стосується їх тривалого вживання.

### **Препарати короткотривалої та середньої дії**

До агоністів бензодіазепінових рецепторів із короткотривалою та середньою дією належать залеплон, золпідем, есзопіклон, тріазолам та темазепам. Усі зазначені препарати схожі за ефективністю, кожен із них продемонстрував позитивний вплив на процес засинання, загальну тривалість сну та час пробудження після засинання в контрольованих плацебо клінічних дослідженнях (Holbrook et al., 2000, 2001; Nowell et al., 1997; Ergun et al., 2006; Roth et al., 2005; Barbera et al., 2005). Слід пам'ятати, що пацієнти можуть мати різну індивідуальну відповідь на препарати з різних класів. У разі вибору лікарського засобу необхідно враховувати всі патерни симптомів, відповідь на медикаментозні препарати в минулому, їх вартість та прихильність пацієнта.

Залеплон та рамелтеон мають короткий період напіврозпаду, а отже, можуть пришвидшити засинання, проте мінімальний ефект чинитимуть на тривалість сну після засинання та його глибину; вони також навряд чи призведуть до надлишкової седації. Есзопіклон та темазепам мають порівняно триваліший період напіврозпаду, значною мірою покращують якість сну, проте призводять до більш вираженої надлишкової седації, хоча вона спостерігається в мінімальній кількості пацієнтів. Тріазолам асоціюють із посиленням тривоги, тому його не можна розглядати як гіпнотик першої лінії терапії.

Наразі доступні результати двох рандомізованих контрольованих досліджень, у яких вивчали ефективність залеплону в дозі 5 або 10 мг при лікуванні хронічного первинного безсоння (Hedner et al., 2000; Walsh et al., 2000). Їх дані продемонстрували суб'єктивне покращення симптомів безсоння, до того ж Hedner et al. повідомили і про позитивні об'єктивні зміни за результатами полісомнографії. Також Walsh et al. (2000) провели оцінювання пливу залеплону на латентний період сну. Порівнюючи з плацебо, їх результати були клінічно значущими для пацієнтів, що приймали вказаний препарат.

Доступні дані, які підтверджують ефективність залеплону в дозуванні 10 мг при порушенні процесів засинання (Satei et al., 2017).

### **Альтернативні агоністи бензодіазепінових рецепторів**

Якщо початковий препарат був неефективним, по можливості необхідно призначити інший лікарський засіб із того самого класу. Вибір альтернативного варіанта має ґрунтуватися на відповіді хворого на препарат першої лінії терапії. Наприклад, пацієнту, який продовжує скаржитися на пробудження після засинання, має бути призначений препарат із тривалішим періодом напіввиведення; який на надмірну сонливість після пробудження — з коротшою тривалістю дії. Вибір специфічного агоніста бензодіазепінових рецепторів може включати гіпнотичні засоби тривалої дії, такі як естазолам. Через тривалий період напіврозпаду флуразепам призначають значно рідше.

Показання до застосування бензодіазепінів не є специфічними та схваленими при лікуванні безсоння (наприклад лоразепам, клоназепам), проте вони можуть бути розглянуті в разі короткотривалого їх призначення, або якщо їх використання може зумовити у пацієнта покращення стану при коморбідній патології.

### **Седативний антидепресант у невисокій дозі**

За наявності супутньої депресії чи інших проблем із лікуванням надалі можна призначати невисокі дози антидепресантів із седативною дією. Прикладами таких препаратів є тразодон, міртазапін, докsepін, амітриптилін та тріміпрамін. Докази їх ізольованого застосування відносно слабкі (Hajak et al., 2001; Riemann et al., 2002; Mendelson, 2005; Walsh et al., 1998; Winokur et al., 2003), а також у жодного із зазначених препаратів немає переваги над іншим у вказаній групі. Вибір терапії має ґрунтуватися на таких факторах, як: історія лікування, супутні стани (наприклад, депресивний розлад), профіль побічної дії, вартість та фармакокінетичний профіль.

Як відомо, тразодон має відносно менший антихолінергічний вплив, ніж докsepін, амітриптилін, міртазапін, однак його дія пов'язана зі збільшенням ваги тіла. Важливо зауважити, що низькі дози антидепресантів при лікуванні коморбідної інсомнії не можна розглядати як належну терапію в разі великого депресивного розладу.

### **Комбінація агоніста бензодіазепінових рецепторів та антидепресанту**

Наразі не було проведено досліджень щодо виявлення специфічної взаємодії згаданої комбінації препаратів, проте клінічний досвід підтверджує ефективність такого лікування. Поєднання двох препаратів із різних класів здатне підвищити ефективність терапії шляхом впливу одночасно на кілька ланок механізму розладів сну та засинання, проте необхідно мінімізувати їх токсичність. Побічна дія такого лікування інсомнії може бути зменшена завдяки призначенню низьких доз антидепресантів, проте необхідно здійснювати моніторинг ефекту седатії протягом дня.

### **Інші рецептурні препарати**

Серед вказаних препаратів габапентин, тіагабін, кветіапін та оланзапін. Дані щодо їх дієвості при первинній інсомнії є недостатніми, а уникнення призначення цих ліків виправдане слабким рівнем доказовості щодо їхньої ефективності при безсонні як монотерапії та потенційного ризику виникнення значних побічних ефектів.

Незважаючи на те, що хлоралгідрат, барбітурати та мепробамат (не зареєстрований в Україні) схвалені FDA для лікування інсомнії, вони не рекомендовані при терапії розладів сну через значну побічну дію, низький терапевтичний показник ефективності, схильність до зростання толерантності та розвитку залежності.

### **Безрецептурні препарати**

Із метою самолікування порушень сну широко застосовують антигістамінні засоби та комбінацію з анальгетиками. Нині дані щодо їхнього використання, ефективності та безпечності є вкрай обмеженими, а дизайн і результати доступних досліджень — неоднозначні (Morin et al., 2005).

До того ж антигістамінні препарати мають потенційно небезпечні побічні ефекти, що зростають унаслідок антихолінергічної дії.

Алкоголь, який пацієнти часто застосовують задля самопомоги при порушеннях сну, чинить негативний вплив через його короткотривалість, несприятливу дію на сон, загострення обструктивного апное уві сні та потенційний ризик виникнення залежності.

Незначну кількість рослинних та альтернативних методів лікування систематично оцінюють щодо їх ефективності при інсомнії. Серед них виявлено найбільше досліджень стосовно дії екстракту валеріани та мелатоніну (Bent et al., 2006; Brzezinski et al., 2005; Buscemi et al., 2005; Wheatley et al., 2001). Наявні дані свідчать, що екстракт валеріани чинить незначний, проте тривалий вплив на засинання, однак дія на безперервність сну, його тривалість та архітектоніку вельми суперечлива. Вчені провели велику кількість клінічних випробувань щодо мелатоніну. Метааналізи продемонстрували, що вказаний препарат має незначний вплив на засинання, пробудження після засинання та загальну тривалість сну. Варто зазначити, що у деяких з опублікованих досліджень ефективність мелатоніну була оцінена як хронобіотична (видозміна фаз сну), а не як гіпнотична.

Довготривале приймання безрецептурних препаратів не рекомендоване, оскільки ефективність та безпечність найпоширеніших серед них засобів для лікування інсомнії підтверджена обмеженою кількістю короткочасних досліджень, а їх результативність та безпечність у подальшій перспективі наразі невідома (Meoli et al., 2005). Через обмеженість таких даних пацієнту необхідно надавати детальну інформацію щодо ризиків та ефективності вказаних речовин, а також можливої взаємодії із супутніми станами та ліками, які він приймає.

*Підготувала Юлія Крамар*

*Оригінальний текст документа читайте на сайті  
[www.aasmnet.org](http://www.aasmnet.org)*