

# ЗАСТОСОВНІСТЬ фармакотерапевтичних підходів при хронічному безсонні для осіб із гострою інсомнією

Більшість досліджень ефективності медикаментозного лікування безсоння проводяться за участю осіб із хронічними розладами сну. А. Krystal et al. проаналізували можливості екстраполяції даних щодо фармакотерапії хронічного безсоння для тих, хто страждає на гостру інсомнію. Пропонуємо до вашої уваги огляд їхньої публікації «Pharmacologic treatment data from chronic insomnia studies and the application to individuals with acute insomnia, a narrative review» у виданні *Sleep Medicine Reviews* (2026; 86: 102246).

**Т**руднощі із засинанням або підтриманням сну є поширеними порушеннями безперервності сну. Згідно із даними Центрів з контролю та профілактики захворювань США (CDCP), у 2020 р. 14,5 % дорослого населення мали проблеми із засинанням, а 17,8 % відчували проблеми зі сном у більшість/всі дні протягом останнього місяця (Adjaye-Gbewonyo, 2022). Труднощі із засинанням / підтриманням сну можуть проявлятися як гостре або хронічне безсоння, залежно від їх частоти та зв'язку із порушенням денного функціонування (AASM, 2014; ICD-11, 2024).

За даними дослідження J.G. Ellis et al. (2012), річна захворюваність на гостре безсоння у вибірці пацієнтів із Великої Британії становила майже 37 % залежно від діагностичних критеріїв, а частота рецидивів — близько 50 %. У проспективному супутньому дослідженні, здійсненому в США, річна захворюваність на гостре безсоння становила ~27 %, причому в 6,8 % пацієнтів розвивалося хронічне безсоння (Perlis et al., 2020). Такі оцінки, разом із загальновідомим фактом, що на хронічне безсоння загалом страждає 10–30 % населення, свідчать, що лікування гострого безсоння може зменшувати його частоту та перехід у хронічну форму (Morin, Jarrin, 2022). Це, своєю чергою, сприяє зменшенню захворюваності при безсонні й може бути загальною стратегією для сприяння поліпшенню фізичного та психічного здоров'я (Sivertsen et al., 2014; Hertenstein et al., 2019).

Зростає кількість доказів ефективності модифікованої когнітивно-поведінкової терапії безсоння (КПТ-Б) при гострій формі інсомнії (Ellis, 2019). Її роль є важливою, особливо за хронічного безсоння. Проте А. Krystal et al. (2026) здійснили огляд із метою оцінити застосовність саме фармакологічних втручань, оскільки доведено, що їх ефект є негайним, тоді як когнітивно-поведінкова терапія зазвичай не дає швидких результатів.

## Визначення та контекст

Безсоння визначають за трьома основними класифікаціями, як-от Діагностичний та статистичний посібник із психічних розладів 5-го видання (DSM-5), Міжнародна класифікація хвороб 11-ї версії (МКХ-11) та Міжнародна класифікація розладів сну 3-ї версії (МКСР-3). Усі вони використовують подібні діагностичні критерії. Хронічне безсоння характеризується труднощами із засинанням або підтриманням сну, що виникають попри наявність умов для сну, супроводжуються порушеннями денного функціонування і спостерігаються щонайменше тричі на тиждень протягом  $\geq 3$  місяців (ICD-11, 2024).

Гостре безсоння — це порушення сну, що триває менше ніж три місяці та проявляється труднощами із засинанням, підтриманням сну або ранніми пробудженнями. Симптоми виникають попри достатній час і належні умови для сну, супроводжуються незадоволеністю його якістю чи тривалістю та призводять до порушень функціонування протягом дня (МКХ-11).

DSM-5 та МКСР-3 також розмежовують гостре і хронічне безсоння насамперед за тривалістю симптомів: DSM-5 додатково виділяє епізодичне безсоння тривалістю 1–3 місяці. В усіх класифікаціях, окрім порушень сну, обов'язковою умовою є наявність денних симптомів. Водночас відмінностей між гострим і хронічним безсонням за частотою, тяжкістю чи патофізіологією не визначено; основним критерієм залишається тривалість симптомів (Vargas et al., 2020).

Гостре безсоння є неоднорідним за перебігом: симптоми можуть виникати епізодично або бути пов'язаними із гострим стресом і тривати кілька днів. Рішення щодо фармакотерапії слід ухвалювати індивідуально, з урахуванням побажань пацієнта, потенційної користі та ризиків терапії.

До розвитку хронічного безсоння призводять різні фактори, зокрема наявність схильності, тригерні чинники

та фактори, що перешкоджають одужанню (Spielman et al., 1987). До факторів схильності належать біологічні особливості (порушення гомеостазу, циркадного ритму, коротка тривалість сну), психологічні риси (висока стресова реактивність, тривожність і депресія) та соціальні чинники. Тригерами найчастіше є стресові життєві події або захворювання, тоді як хронізації безсоння сприяють надмірна увага до проблеми сну, спроби компенсувати його нестачу (подовження сну, нерегулярний режим), а також формування дисфункціональних переконань і стану гіперзбудження (Perlis et al., 2022).

Неліковане безсоння асоційоване з підвищеною втомлюваністю, когнітивними порушеннями, розладами настрою, соматичними симптомами, погіршенням якості життя та збільшенням потреби в медичній допомозі. Хоча тяжчі наслідки частіше спостерігаються при хронічній інсомнії, дослідження свідчать, що виразність симптомів гострого та хронічного безсоння може бути подібною (Boyle et al., 2024).

Безсоння зазвичай прогресує від епізодичних порушень сну до хронічної форми. Щорічна захворюваність на гостре безсоння становить 27–37 %, а приблизно у чверті пацієнтів воно переходить у стійкий розлад. Тому своєчасне лікування гострої інсомнії може запобігти її хронізації (Perlis et al., 2020; Boyle et al., 2024).

Оскільки більшість досліджень присвячена хронічному безсонню, доказова база щодо лікування гострої інсомнії залишається обмеженою. Тому A. Krystal et al. (2026) проаналізували, чи можна екстраполювати дані щодо фармакотерапії хронічного безсоння на пацієнтів із гострою інсомнією.

### Проблеми, пов'язані з дослідженням гострого безсоння

Основною проблемою, пов'язаною з проведенням досліджень за участю осіб з гострим безсонням, є складність набору учасників в межах визначеного «вікна можливостей» для лікування (від < 3 місяців до 1 ночі) (APA, 2013; AASM, 2014; ICD-11, 2024). Протягом цього періоду дослідники можуть бути не в змозі ідентифікувати, обстежити та пролікувати учасників до зникнення їхніх симптомів, а потенційні учасники можуть не усвідомити свій стан як проблему (навіть якщо вони це роблять, то можуть не мати мотивації або можливості брати участь у клінічному дослідженні, особливо якщо тригерна подія, що спровокувала безсоння, триває). Різноманітні причини гострого безсоння можуть поставити під загрозу узагальнюваність результатів навіть щодо потенційно ефективних методів лікування.

Альтернативою дослідженням, що включають осіб із природними симптомами гострого безсоння, є проведення клінічних випробувань із залученням учасників із експериментально викликаним гострим безсонням та різноманітними дизайнами досліджень. Ці дизайни включають:

- ефект першої ночі — порушення сну через незвичність нового середовища (Zammit et al., 2009);
- модель випередження / зсуву за фазою — перенесення сну учасника на певний часовий інтервал (Rosenberg et al., 2007);
- модель ночі перед операцією — оцінювання сну в ніч перед хірургічним втручанням (Morgan et al., 1997);
- модель транспортного шуму — оцінювання сну під впливом запису шуму транспорту (Dijk et al., 2012).

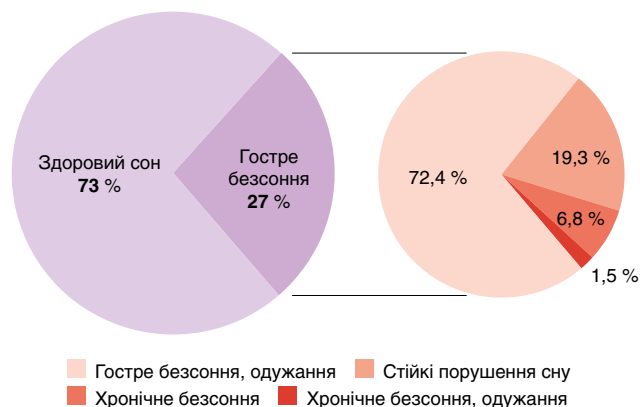


Рисунок. Природний перебіг безсоння

Адаптовано за M.L. Perlis et al. The natural history of insomnia: the incidence of acute insomnia and subsequent progression to chronic insomnia or recovery in good sleeper subjects // Sleep, 2020; 43 (6): zsz299

Дані таких досліджень надали корисну інформацію для розробки методів лікування хронічного безсоння, продемонструвавши, що досягнення терапевтичного ефекту в цих парадигмах є предиктором позитивних клінічних результатів. Отже, можна очікувати, що сприятливі наслідки у пацієнтів із хронічним безсонням можуть бути предиктором ефективності лікування осіб із гострою інсомнією.

### Лікування гострої інсомнії: чи можна екстраполювати дані щодо фармакотерапії хронічного безсоння?

Згідно зі схваленими Управлінням з контролю за якістю харчових продуктів і лікарських засобів США (FDA) методами медикаментозного лікування безсоння, використовують препарати з різноманітними механізмами дії. Бензодіазепіни (БДЗ), як-от темазепам та тріазолам, та небензодіазепінові, або так звані Z-препарати, як-от залеплон, золпідем та есзопіклон, зв'язуються з нейрональними рецепторами γ-аміномасляної кислоти (ГАМК-А), викликаючи гіперполяризацію клітинної мембрани й зумовлену цим седацію та інші ефекти (зменшення тривожності, протисудомні ефекти, психомоторні порушення), пов'язані зі зменшенням збудливості нейронів. Z-препарати є більш селективними агоністами ГАМК-А, ніж БДЗ, та їхня дія зумовлена насамперед зв'язуванням із цими рецепторами, а гіперполяризація мембрани зумовлює седативний ефект (Drover, 2004; Matheson, Hainer, 2017). Темазепам, тріазолам, залеплон, золпідем та есзопіклон рекомендовані Американською академією медицини сну (AASM) для лікування хронічного безсоння (Sateia et al., 2017). Темазепам призначають для поліпшення засинання та підтримання сну в дозі 15 мг, хоча доступні й інші дозування. Ефективність темазепаму (15 мг) підтверджено в кількох дослідженнях, проте розміри їх вибірок обмежені (n ≤ 34). Тріазолам у дозі 0,25 мг рекомендований лише для поліпшення засинання, що підтверджено одним якісним дослідженням.

База даних щодо ефективності Z-препаратів є ширшою, ніж для БДЗ. Есзопіклон (2 і 3 мг) призначається для поліпшення засинання та підтримання сну, доступна також доза 1 мг (Sateia et al., 2017); дані щодо пацієнтів із хронічним безсонням отримані загалом у 12 дослідженнях. Залеплон у дозі 10 мг рекомендований для поліпшення

засинання, доступна також доза 5 мг; рекомендації підтверджено результатами двох досліджень. Золпідем доступний у різних дозуваннях і формах, зазвичай призначають таблетки з негайним вивільненням для приймання перед сном; є також сублінгвальні таблетки для використання серед ночі, спрей і таблетки із пролонгованим вивільненням; ефективність підтверджено даними 12 досліджень; для поліпшення засинання та підтримання сну препарат застосовують у дозі 10 мг (доступна також доза 5 мг, яку FDA рекомендує як початкову) (Sateia et al., 2017).

Мелатонін є невід'ємною частиною регуляції циклу сну/неспанья, а його знижений рівень спричиняє труднощі із засинанням / підтриманням сну; вважається, що дія агоністів мелатоніну (як-от рамелтеон) полягає в компенсації зниженого вироблення мелатоніну (Matheson, Hainer, 2017). Рамелтеон є агоністом рецепторів мелатоніну з високою спорідненістю та селективністю до типів MT1 та MT2 (Simpson, Curran, 2008); він схвалений FDA і AASM для поліпшення засинання у дорослих із хронічним безсонням (згідно з даними чотирьох випробувань рекомендована доза 8 мг) (Sateia et al., 2017).

Орексини — це нейропептиди, залучені до регуляції різноманітних фізіологічних процесів, включаючи цикл сну/неспанья. Подвійні антагоністи рецепторів орексину (ПАРО), як-от суворексант, лемборексант та даридорексант, діють на орексинергічну систему, блокуючи рецептори, що стимулюють неспанья / збудження (Matheson, Hainer, 2017; Wang et al., 2018). Систематичний огляд та мережевий метааналіз даних 10 РКД показали, що ПАРО були ефективнішими, ніж плацебо або золпідем, безпечними та добре переносилися; ймовірно, всі вони чинять дозозалежний ефект щодо загального часу сну (Rocha et al., 2023). FDA схвалені препарати суворексанту (таблетки по 5, 10, 15 та 20 мг), лемборексанту (5 та 10 мг) і даридорексанту (25 та 50 мг). Обираючи засіб цієї групи, слід враховувати стан печінки пацієнта, початок лікування та період напіввиведення. На основі даних двох випробувань AASM рекомендує суворексант (10–20 мг) для лікування безсоння із порушенням підтриманням сну (лемборексант і даридорексант стали доступні нещодавно) (Sateia et al., 2017).

Доксепін, ймовірно, діє як антагоніст гістамінового ( $H_1$ -)рецептора з високою спорідненістю та специфічністю до нього (Weber et al., 2010). Гістамінергічна система відіграє вирішальну роль у модуляції збудження, а концепція гіперзбудження є провідною для пояснення етіології хронічного безсоння (Yang et al., 2021; Meaklim et al., 2023). Доксепін потенційно блокує холінергічні, гістамінергічні та  $\alpha_1$ -адренергічні рецептори при застосуванні в дозах > 75 мг для лікування депресії; для лікування безсоння він використовується в дозах 3–6 мг і чинить незначний вплив на серотонінергічні, адренергічні або холінергічні рецептори, діючи виключно як антигістамінний засіб (Krystal et al., 2013; Yeung et al., 2015). До того ж доксепін не впливає на інтервал QTc у дозах < 50 мг, що значно вищі, ніж зазвичай застосовували в дослідженнях безсоння (Mansbach et al., 2011). Згідно із настановою AASM, доксепін у дозі 3 або 6 мг рекомендований для лікування безсоння із порушенням підтриманням сну (Sateia et al., 2017).

Гіперзбудження лежить в основі гострої та хронічної інсомнії, що обґрунтовує застосування однакових підходів до фармакотерапії (Meaklim et al., 2023).

Аналіз даних досліджень підтвердив ефективність низки препаратів (темазепаму, тріазоламу, флуразепаму, золпідему, есзопіклону, доксепіну, рамелтеону, габоксадолу та індіплону), зокрема й не схвалених FDA, як при хронічному, так і при гострому/індукованому безсонні. Дані досліджень ефективності препаратів групи ПАРО не були включені до аналізу через брак опублікованих звітів про застосування цих засобів для осіб із гострим безсонням. Стабільна ефективність препаратів із різноманітними механізмами дії як за гострого, так і з хронічного безсоння свідчить, що тривалість захворювання суттєво не впливає на результати лікування. До того ж продемонстровано ефективність цих засобів уже в першу ніч лікування як для осіб із хронічним безсонням, так і для учасників досліджень із модельованим/індукованим гострим безсонням. У сукупності це додає вагомості висновку про те, що ефективність методів лікування хронічного безсоння може бути екстрапольована для осіб із симптомами гострого безсоння, а також підтверджує доцільність їх застосування як засобів швидкої дії для усунення симптомів порушення сну незалежно від їхньої тривалості.

### Визначення варіантів терапії гострого безсоння

Важливу інформацію про фармакологічні методи лікування, схвалені FDA для лікування безсоння, наведено в таблиці. У всіх випадках формулювання в інструкціях щодо застосування цих препаратів є нечіткими стосовно тривалості захворювання: не згадується ані про гостру, ані про хронічну форму безсоння. Це ще раз свідчить, що тривалість захворювання не обов'язково є ключовим фактором для прийняття клінічних рішень. Відсутність чітких вказівок ще більше ускладнює призначення ліків, схвалених до 2004 р., коли діяли клінічні настанови, згідно з якими снодійні препарати слід було застосовувати лише короткими курсами (7–10 днів). Це надавало додаткової ваги твердженню, що снодійні препарати, ймовірно, найкраще застосовувати короткостроково, і підтримувало точку зору, згідно з якою фармакологічне лікування безсоння є паліативним, а не куративним. Довгострокова терапія снодійними препаратами не вважалася доцільною чи обґрунтованою, головним чином через припущення, що ризики їх застосування переважають користь (Perlis et al., 2008). Ці початкові побоювання, безсумнівно, підкріплювалися особливими застереженнями («в чорних рамках») щодо призначення БДЗ і Z-препаратів у США. Щодо БДЗ вони стосуються ризиків їх одночасного застосування з опіоїдами, зловживання, неправильного використання, розвитку залежності та абстинентних реакцій. Щодо Z-препаратів — можливості розвитку складних форм поведінки під час сну, включаючи лунатизм, керування транспортом уві сні та інші дії в стані неповного пробудження.

Таблиця. Фармакологічні засоби, схвалені FDA для лікування безсоння

Препарат	Клас	Рік першого схвалення FDA для лікування безсоння	Показання	Контрольована речовина класу IV	Особливі застереження «в чорних рамках»	Дані щодо застосування при гострому безсонні в Інструкції	Рекомендований AASM при хронічному безсонні
Темазепам	Бензодіазепіни	1981	Короткочасне лікування безсоння (зазвичай 7–10 днів)	Так	Так	Так	Так
Тріазолам	Бензодіазепіни	1982	Короткочасне лікування безсоння (зазвичай 7–10 днів)	Так	Так	Ні	Так
Золпідем тартрат	Агоніст рецептора ГАМК-А	1992	Короткочасне лікування безсоння, що характеризується труднощами із засинанням	Так	Так	Так	Так
Залеплон	Небензодіазепінові препарати (клас піразолопіримідинів)	1999	Короткочасне лікування безсоння	Так	Так	Так	Так
Есзопіклон	Небензодіазепіновий снодійний засіб (похідне піролопіразину)	2004	Лікування безсоння	Так	Так	Так	Так
Рамелтеон	Агоніст рецепторів мелатоніну	2005	Лікування безсоння, що характеризується труднощами із засинанням	Ні	Ні	Так	Так
Доксепін	Антигістамінний препарат / антагоніст H <sub>1</sub> -рецепторів	2010	Лікування безсоння, що характеризується труднощами з підтриманням сну	Ні	Ні	Так	Так
Суворексант	Антагоніст рецептора орексину	2014	Лікування безсоння, що характеризується труднощами із засинанням та/або підтриманням сну	Так	Ні	Ні	Так
Лемборексант	Антагоніст рецептора орексину	2019	Лікування дорослих пацієнтів із безсонням, що характеризується труднощами із засинанням та/або підтриманням сну	Так	Ні	Ні	Немає даних*
Дарідорексант	Антагоніст рецептора орексину	2022	Лікування дорослих пацієнтів із безсонням, що характеризується труднощами із засинанням та/або підтриманням сну	Так	Ні	Ні	Немає даних*

Примітка: \* Препарат схвалений FDA після опублікування клінічних рекомендацій AASM (2017).

Адаптовано за M.L. Perlis et al. The natural history of insomnia: the incidence of acute insomnia and subsequent progression to chronic insomnia or recovery in good sleeper subjects // Sleep, 2020; 43 (6): zsz299

Інструкції для медичного застосування шести препаратів містять дані досліджень щодо лікування гострого (транзиторного) безсоння: це темазепам, золпідем, залеплон, есзопіклон, рамелтеон та доксепін.

У таблиці зазначено, які препарати рекомендовані для лікування хронічного безсоння настановою AASM (2017). Окрім AASM, ще кілька професійних організацій розробили рекомендації щодо медикаментозного лікування хронічного безсоння: Американська колегія терапевтів (ACP) (Qaseem et al., 2016), Європейське товариство дослідження сну (ESRS) (Riemann et al., 2017) і Британська асоціація психофармакології (BAP) (Wilson et al., 2019). Ці настанови в основному базуються на системі розробки, оцінювання та експертизи ступеня обґрунтованості

клінічних рекомендацій (GRADE) (Guyatt et al., 2011) і здебільшого не містять інформації про те, яким препаратам притаманне найкраще співвідношення ризику й користі та/або призначення яких є оптимальним залежно від тривалості захворювання або стійкості результатів лікування. У кількох метааналізах було розглянуто питання порівняльної ефективності. Два з них надали перевагу низьким дозам доксепіну (до 6 мг), причому в одному автори дійшли висновку, що доксепіну притаманний найсприятливіший загальний профіль, а також найкраще співвідношення ризику й користі щодо пробуджень після початку сну (Cheung et al., 2024); в іншому повідомляється, що призначення доксепіну в низьких дозах (< 10 мг) є оптимальним методом лікування

для збільшення тривалості сну та підвищення його ефективності, з урахуванням обмеженої якості досліджень та потенціалу побічних ефектів при інших методах лікування (Chiu et al., 2021). Третій аналіз, зосереджений на пацієнтах літнього віку, показав, що бракує доказів щодо оптимального втручання для представників цієї популяції (Samara et al., 2020).

### Перспективи фармакологічних опцій самолікування гострого безсоння

Лікування безсоння під час гострої фази надає можливість швидко усунути симптоми протягом короткого періоду можливостей, пов'язаного з гострим безсонням, та потенційно уникнути прогресування до хронічного безсоння. Самолікування за допомогою фармакотерапії, що базується на доказах та добре переноситься, може бути оптимальним підходом до розв'язання цієї проблеми. Для дорослих осіб із симптомами безсоння у США доступні такі варіанти самолікування, як приймання препаратів на основі мелатоніну та інших дієтичних добавок, вживання продуктів на основі канабісу ( $\delta$ -тетрагідроканабінолу [ТГК] та канабідіолу [КБД]), застосування безрецептурних антигістамінних препаратів (головним чином дифенгідраміну) та споживання алкоголю (Sateia et al., 2017; Kaul et al., 2021). Комплексні дослідження показують, що споживачі часто використовують методи лікування та рекреаційні речовини, які можна отримати без рецепта (Morin et al., 2024; Fisher et al., 2025). На жаль, для більшості (або навіть всіх) цих варіантів самолікування немає достатніх даних щодо безпеки та ефективності, тож вони не рекомендовані для лікування безсоння (Sateia et al., 2017).

Даних щодо продуктів на основі ТГК та КБД недостатньо, щоб вважати їх надійними варіантами для самолікування (Kaul et al., 2021). Дифенгідрамін та мелатонін є одними з найпоширеніших препаратів для самолікування, проте не рекомендовані AASM для корекції труднощів із засинанням або підтриманням сну (Sateia et al., 2017). Препарати мелатоніну дуже варіабельні за своєю рецептурою та, отже, їхня дія є дещо непередбачуваною (Erland, Saxena, 2017). Безрецептурні препарати, що містять дифенгідраміну гідрохлорид, мають антихолінергічні ефекти, які можуть спричинити когнітивні порушення, похмільний синдром і сонливість наступного дня, а також падіння, особливо в осіб похилого віку (Abraham et al., 2017); вони також вважаються потенційно небезпечними для використання літніми пацієнтами згідно із критеріями Бірса Американського геріатричного товариства (AGS, 2015). До того ж бракує переконливих та відтворюваних даних щодо ефективності дифенгідраміну (Sateia et al., 2017). Деякі особи з симптомами гострого безсоння вживають алкоголь для посилення сонливості; це може бути корисним для зменшення латентності засинання, проте зазвичай пов'язано з подальшим нічним та раннім пробудженням і поганою якістю сну загалом (Ebrahim et al., 2013; Park et al., 2015). Отже, потреба в надійних варіантах самолікування для осіб із гострим безсонням — без суттєвих проблем із безпекою чи переносимістю, доступних для споживачів у цей обмежений період (до переходу безсоння у хронічне) — в основному залишається незадоволеною.

Попри обмежену доказову базу самолікування, своєчасна терапія гострого безсоння може зменшити денні симптоми, стрес і поліпшити самопочуття (Ellis et al., 2014).

До того ж гостре безсоння періодично повторюється, іноді передбачувано (наприклад, щоразу, коли наступного дня очікується певний стрес) (Walker et al., 2022). Тому засоби лікування можуть використовуватися щоразу, коли виникає ситуація, що може спричинити гостре безсоння. У США, Канаді та деяких європейських країнах певні засоби корекції проблем зі сном доступні без рецепта (NHS, 2026; Health Canada, 2026; FDA, 2026).

У рідкісних випадках гострі порушення сну можуть свідчити про значну психологічну травму, нове серйозне захворювання (чи погіршення перебігу наявного). У такому разі пріоритетом має бути розв'язання основної проблеми, а не спроба самостійного лікування проблем зі сном. Наполегливо рекомендована консультація кваліфікованого медичного працівника.

### Практичні рекомендації

- Пацієнтам із симптомами гострого безсоння слід призначати безпечне та ефективне фармакологічне лікування
- Дієве лікування гострого безсоння забезпечує полегшення стану і може знизити ризик розвитку хронічної інсомнії
- Докази, що підтверджують безпеку та ефективність фармакотерапії для пацієнтів із хронічним безсонням, застосовні також до осіб із гострим безсонням

### Висновки

Натепер бракує клінічних даних щодо лікування гострого безсоння, що виникає спонтанно. Майже 20 % осіб із гострим безсонням мають тривалі порушення сну, але не відповідають критеріям хронічного безсоння, що свідчить про наявність прогалин у діагностичних класифікаціях. Докази щодо ефективності та безпеки лікування дорослих із хронічним безсонням можна екстраполювати для тих, хто страждає на гостре безсоння, на основі загальної патофізіології та еволюції безсоння (тобто шляху від належної якості сну через гостре безсоння до хронічної інсомнії). Є достатньо даних, що підтверджують ефективність використання кількох методів лікування для швидкого зменшення симптомів як хронічного, так і гострого/індукованого безсоння. З огляду на наявні дані клінічних випробувань, а також широкі показання, викладені в Інструкціях для медичного застосування різних препаратів у США, певні фармакологічні методи лікування можуть безпечно та ефективно використовуватися для лікування симптомів гострого безсоння. До того ж доступність безрецептурних засобів самолікування, користь яких науково обґрунтована, може сприяти поліпшенню стану на ранніх стадіях гострої інсомнії, запобігаючи розвитку хронічного безсоння.

Підготувала **Наталія Кунко**




# Селюфен

Залеплон

МОЖЕ  
ЗАСТОСОВУВАТИСЯ  
ВВЕЧЕРІ Й УНОЧІ  
ЗА 4 ГОДИНИ ДО ПРОБУДЖЕННЯ<sup>2</sup>

ADAMED  
Для Родини



-  Первинно використовують під час порушень засинання<sup>1</sup>
-  Початок снодійної дії – протягом 10 хвилин після приймання<sup>2</sup>
-  Відсутність негативного впливу на психомоторну й когнітивну симптоматику (можливість управляти транспортом)<sup>2</sup>

Виробник: АТ «Адамед Фарма».

Коротка інформація для медичного застосування препарату Селюфен. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Матеріал призначено для професійної діяльності фахівців сфери охорони здоров'я, для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.

1. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. J Clin Sleep Med. 2017;13(2):307–349. 2. Адаптовано з: Бурчинський С. Г. Інсомнії в неврологічній практиці: можливість та критерії вибору лікарського засобу нового покоління / С. Г. Бурчинський // НЕЙРОNEWS. 2017;2(86).

**Склад:** діюча речовина: залеплон; 1 капсула містить залеплону — 10 мг. **Показання.** Тяжка форма порушення сну, що проявляється ускладненням засинання. Протипоказання. Підвищена чутливість до

компонентів препарату. Період годування груддю. Тяжка печінкова недостатність. Тяжка дихальна недостатність. Тяжке порушення функції нирок. Синдром нічного апное. Тяжка міастенія. Дитячий вік. **Побічні реакції.** Сонливість, амнезія, порушення концентрації, порушення функціонування м'язів погіршують здатність керувати транспортними засобами та обслуговувати механічні пристрої. У разі недостатньої тривалості сну збільшується імовірність порушення уваги. Нечасто (>1/1000, <1/100): анорексія, астенія, зниження тактильної чутливості, погане самопочуття, фотосенсибілізація та інші. «Коротка інструкція для медичного застосування препарату Селюфен. Повна інформація та повний перелік можливих побічних реакцій знаходиться в інструкції для медичного застосування препарату». \*Курс лікування має бути максимально коротким, наскільки це можливо, максимальна тривалість може становити 2 тижні. Слід повідомити пацієнта про можливість рецидиву безсоння після закінчення лікування. Реєстраційне посвідчення UA/5258/01/01.

UA-SEL-001-AM-0225-P