Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России

Пациент с инсомнией на амбулаторном приеме: алгоритм диагностического и лечебного выбора

О.В. Тихомирова, д.м.н., проф.

Адрес для переписки: Ольга Викторовна Тихомирова, olvitikhomirova@gmail.com

Для цитирования: Тихомирова О.В. Пациент с инсомнией на амбулаторном приеме: алгоритм диагностического и лечебного выбора. Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (27): 68–72.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-27-68-72

Инсомния признана самостоятельным заболеванием, требующим диагностики и лечения. Сложности терапии обусловлены, с одной стороны, высокой коморбидностью бессонницы с сердечно-сосудистыми, метаболическими, нейродегенеративными и психическими расстройствами, с другой – побочными эффектами большинства применяемых препаратов. В статье рассматриваются преимущества и недостатки основных групп лекарственных средств, используемых для лечения острой и хронической инсомнии.

Ключевые слова: *хроническая и острая инсомния, алгоритм диагностики, медикаментозная терапия*

Актуальность

В настоящее время инсомния (бессонница) признана самостоятельным заболеванием, требующим диагностики и лечения. В 2025 г. в систематическом обзоре впервые были опубликованы данные о глобальной распространенности этого расстройства среди взрослого населения: более чем у 850 млн человек в возрасте ≥ 20 лет (16,2% мирового населения) отмечалась клинически значимая бессонница, причем почти у половины из них (415 млн) – тяжелая форма. В десятку стран с самой высокой распространенностью бессонницы вошли Бангладеш, Бразилия, Китай, Индия, Индонезия, Мексика, Нигерия, Пакистан, Соединенные Штаты Америки и Россия [1].

Бессонница связана с широким спектром коморбидных заболеваний: сердечно-сосудистых [2], метаболических [3], нейродегенеративных [4] и психических расстройств [5, 6]. Распространенность инсомнии среди лиц с указанными заболеваниями значительно выше, чем в общей популяции.

Примечательно, что убедительные данные о связи нарушений сна с сердечно-сосудистыми заболеваниями заставили пересмотреть перечень ключевых факторов сердечно-сосудистого здоровья – в него было включено качество сна. В последней редакции концепции здоровья сердечно-сосудистой системы, предложенной Американской ассоциацией кардиологов, выделены восемь основных факторов: питание, физическая активность, воздействие никотина, качество сна (новый подход), индекс массы тела, уровень липидов в крови, уровень глюкозы в крови и артериальное давление [7].

Распространенность инсомнии увеличивается с возрастом пациентов. До 50% пожилых людей могут испытывать трудности с засыпанием или поддержанием сна; жалобы 12–20% из них соответствуют диагностическим критериям бессонницы [8]. Прогрессивный рост распространенности инсомнии в мире в последние десятилетия связывают с увеличением продолжительности жизни и повышенным стрессом.

Из-за широкого распространения инсомнии во взрослой популяции, роста ее частоты в старшем возрасте и высокой коморбидности пациенты с бессонницей часто встречаются в амбулаторной практике как сомнологов, так и неврологов, психиатров, кардиологов, эндокринологов, геронтологов, терапевтов. Даже если жалобы на нарушение сна не стоят на первом месте, своевременная диагностика и лечение инсомнии не только позволяют улучшить качество сна, но и вносят существенный вклад в терапию коморбидной патологии. Это требует от врачей различных специальностей повышенного внимания к проблеме нарушений сна на амбулаторном приеме.

Цель – на основании данных литературы провести сравнительный анализ способов диагностики и лечения инсомнии.

Определение

Инсомния – заболевание, характеризующееся трудностями засыпания, поддержания сна и/или ранним утренним пробуждением, а также ухудшением дневного функционирования. Для постановки диагноза симптомы нарушения сна должны возникать не реже трех раз в неделю и сопровождаться существенным ухудшением дневного функционирования – повышенной утомляемостью, раздражительностью, снижением внимания и памяти, дневной сонливостью и т.д. В зависимости от продолжительности заболевания – менее или более трех месяцев – выделяют соответственно острую и хроническую инсомнию. Диагностика заболевания не вызывает затруднений и не требует каких-либо специальных инструментальных обследований. Однако лечение инсомнии является серьезной проблемой для

здравоохранения в силу недостаточной эффективности многих препаратов, а также высокого риска развития зависимости и побочных эффектов при назначении снотворных средств.

Постановка диагноза

Диагноз инсомнии устанавливается исключительно по результатам опроса пациента и не требует инструментальных обследований. Согласно клиническим рекомендациям [9–11], для постановки диагноза необходимо наличие всех перечисленных ниже критериев.

A. Пациент или его родители либо наблюдатель отмечают одно или более из перечисленного ниже:
1) трудности инициации сна;
2) трудности поддержания сна;
3) пробуждение раньше желательного времени;
4) сопротивление укладыванию спать в установленное время;
5) трудности засыпания без участия родителя или другого человека.

B. Пациент или его родители либо наблюдатель отмечают одну или более из следующих проблем, обусловленных нарушением ночного сна:
1) усталость/недомогание;
2) нарушение внимания, сосредоточения или запоминания;
3) нарушение социального, семейного, производственного или учебного функционирования;
4) расстройство настроения/раздражительность;
5) дневная сонливость;
6) девиация поведения (гиперактивность, импульсивность, агрессия);
7) снижение мотивации/энергичности/инициативности;
8) подверженность ошибкам и несчастным случаям;
9) беспокойство о своем сне и неудовлетворенность им.

C. Жалобы на сон/бодрствование не объясняются недостаточными возможностями для сна (то есть имеется достаточное время) или неподходящими условиями (окружающая обстановка достаточно безопасна, затемнена, тиха и комфортна).

D. Нарушения сна и связанные с ним дневные симптомы возникают не менее трех раз в неделю.

E. Проблемы сна/бодрствования не объясняются наличием другого расстройства сна.

Для оценки тяжести инсомнии, уточнения ее индивидуальных особенностей и последующего контроля эффективности терапии уже на первичном приеме целесообразно рекомендовать пациенту ведение дневника сна. В нем следует ежедневно фиксировать время отхода ко сну, предполагаемый период засыпания, время ночных пробуждений, окончательного утреннего пробуждения, подъема с постели, а также эпизоды дневного сна. Важно предупредить пациента, что заполнение дневника сна не требует указания точного времени, а значит, не предполагает обязательного наличия часов в спальне. Наоборот, часы из спальни лучше убрать, поскольку повышенный контроль – дополнительный фактор, негативно влияющий на сон. Пациент должен регистрировать употребление кофеина, алкоголя, рецептурных препаратов, а также сообщать об использовании электронных устройств перед сном и о суммарном времени, затраченном на физические нагрузки. Врач должен расспрашивать пациента о дневной усталости, утомляемости, сонливости.

Если жалобы пациента соответствуют критериям инсомнии, необходимо назначить лечение, которое может включать немедикаментозные методы и/или медикаментозную терапию.

Когнитивно-поведенческая терапия

Согласно клиническим рекомендациям [9–11], в качестве средства выбора при хронической инсомнии у взрослых любого возраста применяется прежде всего когнитивно-поведенческая терапия инсомнии (КПТ-И) (уровень убедительности рекомендаций – А, уровень достоверности доказательств – 1). Ранее полагали, что острая инсомния не требует лечения. В настоящее время КПТ-И рекомендуется уже на этапе острой инсомнии с целью предотвращения ее перехода в хроническую форму и поддержания адаптивных ресурсов организма в условиях стресса. Разумеется, если пациент заинтересован в восстановлении сна [9].

У людей, страдающих бессонницей, часто возникают когнитивные искажения (например, из-за плохого сна не восполняется энергия, поэтому необходимо исключить занятия спортом, встречи с друзьями, прогулки и прочее до тех пор, пока сон не восстановится), развивается страх, ассоциированный с постелью, и ночные тревоги. Как следствие – вегетативное перевозбуждение, мышечное или когнитивное напряжение и ухудшение сна. Пациентам свойственны пессимистичные и дезадаптивные убеждения относительно причин бессонницы, навязчивые попытки найти конкретное заболевание, которое могло бы объяснить нарушения сна, а также нерегулярный распорядок дня.

КПТ-И – хорошо изученный, безопасный и эффективный метод лечения бессонницы. Она направлена на устранение неадаптивного поведения и когнитивных нарушений, которые поддерживают хроническое течение бессонницы. Методика включает в себя психологическое обучение, гигиену сна, ограничение его продолжительности, контроль раздражителей, тренинги по релаксации и методы когнитивной терапии, такие как когнитивная реструктуризация. Курс КПТ-И обычно состоит из 6–10 сеансов, которые проводятся еженедельно или один раз в две недели. Недостатки метода заключаются в том, что он требует специального обучения врачей или психологов, значительных временных затрат на внедрение и не дает немедленного эффекта.

Медикаментозная терапия

Медикаментозная терапия назначается при неэффективности КПТ-И. При выборе терапии необходимо учитывать прием всех лекарственных препаратов, способных влиять на сон, а также коморбидную патологию, поскольку большинство снотворных препаратов имеют побочные эффекты.

Причиной инсомнии является гипервозбуждение активирующих структур, и, следовательно, медикаментозная коррекция может быть направлена либо на усиление тормозных влияний, подавляющих активность стимулирующих нейронов, либо на непосредственное снижение активности нейронов, стимулирующих пробуждение. К нейронам, способствующим сну, относятся нейроны, продуцирующие аминомасляную кислоту (нейроны вентролатеральных преоптических ядер, срединных преоптических ядер и парафациальной зоны ствола мозга), что позволяет использовать для лечения инсомнии агонисты ГАМК-рецепторов. Именно эти препараты имеют наибольшую доказательную базу эффективности (уровень убедительности рекомендаций – А, уровень достоверности доказательств – 1). В качестве препаратов первой линии рассматриваются небензодиазепиновые агонисты ГАМК-рецепторов (Z-препараты) – зопиклон, золпидем, залеплон. К препаратам второго выбора относятся бензодиазепиновые агонисты ГАМК-рецепторов – клоназепам, оксазепам, лоразепам.

Z-препараты появились на фармацевтическом рынке в 1990-х гг. как наиболее безопасные седативные и снотворные средства с меньшим потенциалом злоупотребления и развития зависимости по сравнению с бензодиазепинами и стали широко использоваться в амбулаторной практике. Более высокая избирательность Z-препаратов в отношении рецепторов предполагала отсутствие у них миорелаксирующего и противосудорожного эффектов, а более короткий период полувыведения позволял исключить развитие побочных эффектов в виде дневной сонливости. Несмотря на эти преимущества, массовое назначение данных препаратов пациентам с острой и хронической инсомнией в мировой реальной клинической практике привело к частому развитию зависимости, риску передозировок и смерти, связанной с неправильным применением. Бензодиазепины и Z-препараты (залеплон, эсзопиклон, золпидем и др.) включены в перечень лекарственных средств с повышенным риском для пожилых людей на основании критериев Бирса [12]; эти препараты повышают риск когнитивных нарушений, делирия, падений, несчастных случаев и переломов. Ожидания меньшей вероятности развития зависимости при использовании Z-гипнотиков по сравнению с бензодиазепинами также не оправдались [13]. Длительность приема этих препаратов, согласно рекомендациям, не может превышать четырех недель. В то же время быстро наступающий хороший эффект от препаратов и частое ухудшение сна после их отмены приводит к длительному неконтролируемому использованию, нередко с увеличением дозы. Повсеместное резкое увеличение продаж Z-гипнотиков ассоциировалось с ростом зафиксированных осложнений, что определило необходимость законодательного регулирования. Так, в Бразилии рост продаж золпидема увеличился с 338 367 упаковок в 2014 г. до 810 353 в 2021 г., продажи зопиклона за тот же период возросли с 15 060 до 83 910 упаковок. Во Франции бесконтрольный рост употребления Z-гипнотиков и увеличение частоты развития побочных эффектов наблюдались в начале 2000-х гг., а введение специального регулирования привело к снижению продаж Z-гипнотиков на 39,54% в период с 2012 по 2022 г. Проблема зависимости от бензодиазепинов и Z-гипнотиков была настолько значимой и широкомасштабной, что потребовала специальной разработки рекомендаций по подходам к снижению дозы и лечению зависимости [14, 15].

В каких же случаях инсомнии назначение агонистов ГАМК-рецепторов оправданно? Назначение бензодиазепинов следует оставить на усмотрение исключительно психиатров. Что касается Z-гипнотиков, их можно назначать на амбулаторном приеме для лечения острой и хронической инсомнии преимущественно пациентам моложе 65 лет и на срок не более 2–4 недель. Если нет возможности контролировать прием этих препаратов, от их назначения лучше воздержаться.

Широкое распространение в амбулаторной практике для нормализации сна получил мелатонин, что во многом объясняется его доступностью – он входит в состав многих безрецептурных препаратов. Эндогенный мелатонин синтезируется только в темноте клетками шишковидной железы и оказывает действие через мелатониновые рецепторы MT1 и MT2. В центральной нервной системе основное воздействие мелатонина связано с торможением активности нейронов супрахиазматического ядра гипоталамуса, что приводит к подавлению их возбуждающего влияния на активирующие структуры мозга. Кроме того, наличие MT1- и MT2-рецепторов в сосудах, адипоцитах, печени, поджелудочной железе определяет функции мелатонина в регуляции цикла «сон – бодрствование» и синхронизации наступления сна с изменением метаболических процессов и функционирования внутренних органов. Синтез эндогенного мелатонина снижается с возрастом. Кроме того, многие лекарственные средства, широко используемые в современной медицине, значительно снижают синтез эндогенного мелатонина. К ним относятся бета-блокаторы, бензодиазепины и нестероидные противовоспалительные средства, часто назначаемые пожилым людям.

Использование мелатонина ограничивается его низкой эффективностью у молодых пациентов. В то же время его назначение пожилым людям, особенно с коморбидной патологией, имеет ряд преимуществ: мелатонин является мощным антиоксидантом, способным проникать через гематоэнцефалический барьер, подавлять воспалительные процессы, взаимодействовать с микробиомом кишечника, оказывать регулирующее действие на метаболические процессы. По данным метаанализа, мелатонин пролонгированного действия и рамелтеон (агонист мелатониновых рецепторов MT1 и MT2), назначаемые пожилым людям, страдающим бессонницей, улучшают объективную общую продолжительность сна, сокращают время засыпания и улучшают субъективное качество сна. После прекращения приема препаратов значительного усиления бессонницы не наблюдается. Мелатонин и рамелтеон (8 мг) с учетом их хорошей переносимости и доказанной эффективности являются хорошим вариантом лечения

острой и хронической инсомнии у пожилых [16]. Аналогичных исследований для обычного мелатонина не проводилось, хотя реальная клиническая практика свидетельствует о схожем эффекте. Клинические рекомендации по использованию мелатонина для лечения инсомнии в разных странах существенно различаются. Пациентам старше 55 лет с хронической инсомнией обычно рекомендуют принимать мелатонин с пролонгированным высвобождением не более трех месяцев.

Новый класс лекарственных средств от бессонницы был создан после открытия орексин-продуцирующих нейронов в латеральной части гипоталамуса и доказательства их влияния на все активирующие системы мозга через орексиновые рецепторы 1-го и 2-го типов. Антагонисты двойных орексиновых рецепторов продемонстрировали эффективность в лечении бессонницы. Три «двойных» антагониста рецепторов орексина одобрены Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (суворексант, лемборексант и даридорексант). В России в настоящий момент регистрацию проходит лемборексант. Это позволит использовать указанные препараты в ближайшем будущем.

Существенное активирующее влияние, поддерживающее состояние бодрствования, реализуется через гистаминергические нейроны, расположенные в туберомаммиллярных ядрах заднего гипоталамуса. Хорошо известен седативный эффект практически всех антигистаминных препаратов, способных проникать через гематоэнцефалический барьер (супрастин, гидроксизин, дифенгидрамин и др.). К снотворным препаратам этой группы относится антагонист Н1-гистаминовых рецепторов доксиламин. Доксиламин используется с 1940-х гг.; накоплен большой опыт его применения при инсомнии, имеется доказательная база клинических исследований высокой степени достоверности. Ввиду минимального количества побочных эффектов это единственный снотворный препарат, разрешенный для лечения инсомнии в любом периоде гестации. Доксиламин не вызывает привыкания, не меняет структуру сна, сокращает время засыпания и увеличивает продолжительность сна [17–19]. Побочные эффекты антигистаминных препаратов связаны с наличием у них антихолинергического действия, в связи с чем их не рекомендуют пациентам с глаукомой и заболеваниями уретры и предстательной железы, сопровождающимися нарушением оттока мочи. С осторожностью доксиламин назначают пациентам старше 65 лет из-за потенциального увеличения времени выведения и риска ночных падений. В целом данные метаанализа подтвердили высокую эффективность и безопасность оригинального доксиламина – Донормила – при лечении острой инсомнии [20]. Рекомендуется подбирать минимально эффективную дозу в диапазоне от 7,5 до 15 мг, максимально допустимая доза – 30 мг.

Клиницисты в амбулаторной практике давно используют седативный эффект многих антидепрессантов и нейролептиков для лечения бессонницы. В отличие от бензодиазепинов и Z-препаратов психотропные препараты практически не вызывают привыкания и синдрома отмены. Однако для лечения инсомнии они используются не по назначению (off-label), поскольку в инструкциях к ним отсутствует показание для лечения инсомнии. Обоснованием для назначения антидепрессантов с седативным действием (амитриптилин, тразодон, флувоксамин, миансерин, миртазапин) пациентам с хронической инсомнией является наличие у них тревожного или депрессивного расстройства. Широкое распространение получил амитриптилин в низких дозах (от 10 до 25 мг перед сном), хотя доказательная база его эффективности при инсомнии отсутствует. В указанных дозах препарат в основном воздействует на гистаминовые Н1-рецепторы, хотя обладает и некоторым серотонинергическим и холинергическим антагонизмом, что определяет спектр его побочных эффектов. Миртазапин, антидепрессант с выраженным антагонизмом к 5-НТ2-рецепторам, стимулирует аппетит, что определяет высокую вероятность значительного повышения веса на фоне его применения. Показано, что после двух недель лечения улучшается качество сна, сокращается время засыпания и уменьшается количество пробуждений, но его не рекомендуется назначать пациентам без депрессии. Антидепрессант тразодон широко используется в качестве снотворного средства, и его седативный эффект, вероятно, объясняется сочетанием антигистаминного действия и блокады норадренергических альфа-1-рецепторов. В ряде исследований показано, что назначение тразодона в низких дозах ассоциировано не только с субъективным улучшением сна, но и с объективным увеличением его продолжительности, особенно дельта-сна [21]. Говоря о побочных эффектах, следует упомянуть вероятность развития ортостатической гипотензии, нарушений сердечного ритма, крайне редко – приапизма. Лечение любым антидепрессантом начинается с минимальной дозы с постепенным титрованием. Оценить эффективность можно не ранее чем через две недели приема, в связи с чем целесообразно первые две недели к лечению добавлять доксиламин в низких дозах курсом до пяти дней.

В аптеках предлагается широкий ассортимент лекарственных трав с седативным эффектом (валериана, мята, пустырник и др.). Несмотря на отсутствие данных рандомизированных клинических исследований об эффективности применения препаратов лекарственных трав, их можно назначать при острой инсомнии на период действия стрессового фактора [9].

Заключение

Несмотря на широкий арсенал препаратов для лечения инсомнии, действующие руководства содержат противоречивые рекомендации; остается много препаратов, которые активно используются в клинической практике, но не указаны в рекомендациях. Выбор тактики лечения и медикаментов с наименьшим количеством побочных эффектов требует от клинициста индивидуального подхода с учетом возраста пациента, длительности нарушений сна и коморбидной патологии.

Литература

1. Benjafield A.V., Sert Kuniyoshi F.H., Malhotra A., et al. Estimation of the global prevalence and burden of insomnia: a systematic literature review-based analysis. Sleep Med. Rev. 2025; 82: 102121.
2. Pengo M.F., Javaheri S., Maiolino G., et al. Insomnia and cardiovascular disease: untangling a complex relationship. J. Sleep Res. 2026; 35 (4): e70299.
3. Johnson K.A., Gordon C.J., Chapman J.L., et al. The association of insomnia disorder characterised by objective short sleep duration with hypertension, diabetes and body mass index: a systematic review and meta-analysis. Sleep Med. Rev. 2021; 59: 101456.
4. De Almondes K.M., Costa M.V, Malloy-Diniz L.F., Diniz B.S. Insomnia and risk of dementia in older adults: systematic review and meta-analysis. J. Psychiatr. Res. 2016; 77: 109–115.
5. Baglioni C., Battagliese G., Feige B., et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. J. Affect. Disord. 2011; 135 (1–3): 10–19.
6. Hertenstein E., Feige B., Gmeiner T., et al. Insomnia as a predictor of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. Sleep Med. Rev. 2018; 43: 96–105.
7. Lloyd-Jones D.M., Allen N.B., Anderson C.A.M., et al. Life's essential 8: updating and enhancing the American Heart Association's construct of cardiovascular health: a presidential advisory from the American Heart Association. Circulation. 2022; 146 (5): e18–e43.
8. Patel D., Steinberg J., Patel P. Insomnia in the elderly: a review. J. Clin. Sleep Med. 2018; 14 (6):1017–1024.
9. Яковлева О.В., Полуэктов М.Г., Бузунов Р.В. и др. Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению острой и хронической инсомнии у взрослых. Эффективная фармакотерапия. 2025; 21 (37): 20–34.
10. Riemann D., Espie C.A., Altena E.K., et al. The European Insomnia Guideline: an update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. J. Sleep Res. 2023; 32 (6): e14035.
11. Sateia M.J., Buysse D.J., Krystal A.D., et al. 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.
12. American Geriatrics Society 2015 updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J. Am. Geriatr. Soc. 2015; 63 (11): 2227–2246.
13. Curado D.F., de Barros V.V., Noto A.R., Opaleye E.S. Dependence on hypnotics: a comparative study between chronic users of benzodiazepines and Z-drugs. Braz. J. Psychiatry. 2022; 44 (3): 248–256.
14. Horowitz M., Lamberson N., Brandt J., et al. Pharmacological principles for safe benzodiazepine and Z-drug dose reduction. Psychol. Med. 2026; 56: e198.
15. Stelzer F.G., Bacelar A., Éckeli A.L., et al. Z-drug abuse and dependence: clinical guideline of the Brazilian Academy of Neurology for diagnosis and management. Arq. Neuropsiquiatr. 2025; 83 (10): 1–24.
16. Maruani J., Reynaud E., Chambe J., et al. Efficacy of melatonin and ramelteon for the acute and long-term management of insomnia disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. J. Sleep Res. 2023; 32 (6):13939.
17. Левин Я.И. Доксиламин в лечении инсомнии. РМЖ. 2006; 14 (9): 704–709.
18. Смирнов А.А., Густов А.В., Желтова О.Ю. Эффективность применения доксиламина в лечении инсомний у больных дисциркуляторной энцефалопатией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2006; 3: 56–57.
19. Hausser-Hauw C., Fleury B., Scheck F., et al. Effect on sleep architecture and residual effect of a dose of 15 mg of Doxylamine in healthy volunteers. Sep. Hop. Paris. 1995; 71 (23–24): 742–750.
20. De Crescenzo F., D'Alò G.L., Ostinelli E.G., et al. Comparative effects of pharmacological interventions for the acute and long-term management of insomnia disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. Lancet. 2022; 400 (10347): 170–184.
21. Zheng Y., Lv T., Wu J., Lyu Y. Trazodone changed the polysomnographic sleep architecture in insomnia disorder: a systematic review and meta-analysis. Sci. Rep. 2022; 12 (1): 14453.

A Patient with Insomnia at an Outpatient Appointment: an Algorithm for Diagnostic and Therapeutic Choice

O.V. Tikhomirova, PhD, Prof.

A.M. Nikiforov All-Russian Center for Emergency and Radiation Medicine of the EMERCOM of Russia

Contact person: Olga V. Tikhomirova, olvitikhomirova@gmail.com

Insomnia is recognized as a distinct disorder requiring diagnosis and treatment. Treatment challenges stem from the high comorbidity of insomnia with cardiovascular, metabolic, neurodegenerative, and psychiatric disorders, as well as the side effects of most medications used. This article examines the advantages and disadvantages of the main groups of medications used to treat acute and chronic insomnia.

Keywords: *chronic and acute insomnia, diagnostic algorithm, drug therapy*

UPSA

ДОНОРМИЛ®

доксиламин от европейского производителя[1]

Мост к восстановлению через сон

Терапия острой инсомнии коротким курсом[2–5]

- Сокращает время засыпания и количество ночных пробуждений[3,4]
- Повышает длительность и качество сна[3–5]
- Обладает хорошей переносимостью[4,5]

№1 в назначениях неврологами по диагнозу Расстройства сна (G47)*



- Отпуск по рецепту: форма бланка №107-1/у
- Показано отсутствие последействия, синдрома отмены и зависимости при соблюдении рекомендованной дозы**[3-5]

*по результатам исследования PrIndexTM "Мониторинг назначений лекарственных препаратов", проведённого ООО «Ипсос Комкон» суммарно за период MAT 3 квартала 2025 года (4 квартал 2024г. – 3 квартал 2025г.) в крупнейших городах России (Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Нижний Новгород, Новосибирск, Самара, Ростов-на-Дону, Воронеж, Казань, Уфа, Омск, Пермь, Челябинск, Волгоград, Ярославль, Красноярск Краснодар, Саратов, Иркурск) с участием 1 036 неврологов амбулаторно-поликлинической практики, принявших 96 805 пациентов и выполнивших 209 424 назначений за 7 рабочих дней, в том числе 1 519 назначений лекарственных препаратов по диагнозу Расстройства сна (G47) за период MAT 3 квартала 2025 года (4 квартал 2024г. – 3 квартал 2025г.)

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Донормил®

Регистрационный номер: ЛП-№ (001263)-(РГ-RU). Дата регистрации в ЕАЭС 28.09.2022. **Торговое название препарата:** ДОНОРМИЛ®. **Международное (непатентованное) название:** доксиламин. **Показания к применению:** препарат Донормил применяется у взрослых и подростков с 15 лет по показанию: преходящие нарушения сна. **Противопоказания:** гиперчувствительность к доксиламину или к любому из вспомогательных веществ или к другим антигистаминным лекарственным средствам; закрытоугольная глаукома или семейный анамнез закрытоугольной глаукомы; заболевания уретры и предстательной железы, сопровождающиеся нарушением оттока мочи; наследственная непереносимость галактозы, дефицит лактазы, глюкозо-галактозная мальабсорбция; детский и подростковый возраст (до 15 лет). **С осторожностью:** пациентам со случаями апноэ в анамнезе – в связи с тем, что доксиламин сукцинат может усугублять синдром ночного апноэ (внезапная остановка дыхания во сне). Пациентам старше 65 лет – в связи с возможными головокружениями и замедленными реакциями с опасностью падений (например, при ночных пробуждениях послеприема снотворных), а также в связи с возможным увеличением периода полувыведения. Пациентам с почечной и печеночной недостаточностью (период полувыведения может увеличиваться). **Беременность и лактация.** На основании адекватных и хорошо контролируемых исследований доксиламин может применяться у беременных женщин на протяжении всего периода беременности. В связи с возможностью развития седативного или возбуждающего эффекта у ребенка, кормить грудью при применении препарата не рекомендуется. **Режим дозирования и способ применения:** Взрослые и подростки старше 15 лет – по 1/2–1 таблетке в день, запивая небольшим количеством жидкости, за 15–30 мин до сна. Если лечение неэффективно, по рекомендации врача доза может быть увеличена до двух таблеток. Продолжительность лечения от 2 до 5 дней; если бессонница сохраняется, необходимо обратиться к врачу. **Нежелательные реакции:** частота неизвестна (не может быть оценена на основании имеющихся данных). Нарушения со стороны нервной системы: сонливость в дневное время (в этом случае доза препарата должна быть уменьшена), спутанность сознания, галлюцинации. Нарушения со стороны органа зрения: нарушения зрения и аккомодации, нечеткое зрение. Нарушения со стороны сердца: ощущение сердцебиения. Желудочно-кишечные нарушения: запор, сухость во рту. Нарушения со стороны мышечной, скелетной и соединительной ткани: рабдомиолиз. Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей: задержка мочи. Лабораторные и инструментальные данные: увеличение уровня креатинфосфокиназы. **Характер и содержание первичной упаковки:** по 10 или 30 таблеток в полипропиленовую тубу, укупоренную полиэтиленовой крышкой. 1 туба вместе с инструкцией по применению в картонную пачку. **Держатель регистрационного удостоверения:** Франция, УПСА САС, 3, рю Жозеф Монье, 92500 г. Рюэй-Мальмезон. За полной информацией обращайтесь к общей характеристике лекарственного препарата для медицинского применения Донормил®. РУ: ЛП-№ (001263)-(РГ-RU)

** Возможное злоупотребление блокаторами Н1-гистаминовых рецепторов первого поколения, включая доксиламин, может приводить к физической и психологической зависимости, о которой сообщалось на фоне преднамеренного приема более высоких доз препарата, чем рекомендуемые

1. https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=690da776-1bac-47e6-93b4-3669ebc9ba86. **2.** Общая характеристика лекарственного препарата для медицинского применения ДОНОРМИЛ®. РУ: ЛП-№(001263)-(РГ-RU). **3.** Hausser-Hauw C, et al. Effect on sleep architecture and residual effect of a dose of 15 mg of Doxylamine in healthy volunteers. Sep Hop Paris. 1995;71:(23-24):742-750. **4.** Левин Я.И., Стрыгин К.Н. Донормил в терапии инсомнии //Лечение нервных болезней. – 2005. – Том 6. - №2(16). – С.18-21. **5.** Schadeck S.B., Chelly M. Comparative efficacy of doxylamine and zolpidem for the treatment of common insomnia. Sep Hop Paris. 1996;72(13–14):428–439.

Swixx Healthcare

ООО «Свикс Хэлскеа». 105064, г. Москва, ул. Земляной вал, д. 9, russia.info@swixxbiopharma.com

PM-RU-2026-1-306. Дата одобрения: февраль 2026.

Для специалистов здравоохранения | Реклама