





Европейское руководство по диагностике и лечению бессонницы

ДИТЕР РИМАН	¹  CHIARA BAGLIONI, ¹ С ЛАУДИО БАССЕТТИ, ^{2,3}
БЬЕРН Р Н Б ЙОРВАТН	⁴  Д О Л Е Н К Г Р о С Е Л Ъ Д Ж, Д Ж А С О Н Г . Э Л Л И С, ⁵
КОЛИН А. ШПИОН	⁶ DIEGO GARCIA-BORREGUERO, ⁷ MICHAEL G JERSTAD, ⁸
МАРТА ГОНСАЛВЕС	⁹ Он ПОДДЕРЖИВАЕТ ЭРТА ЭНШТЕЙНА, ¹
МАРКУС ЯНСОН- ОТЕЦ МАРК	¹⁰ € , Пол Дж . Дж . ЭННУМ ¹¹ , D AMIEN L EGER ¹² ,
КРИСТОФ Н ИССЕН	^{1,2} Л ИБОРИО ПАРРИ НЕТ ¹⁴  , ЖИВУЩИЙ В ПАУНИО ¹⁵ ,
ДИРК ПЕВЕРНАГ, Яп.	^{13,16} , ДЖОХА Н . ВЕ РБРАЕКЕ Н. ¹⁷  , Ч АНС-Г УН ТЕР НАС ¹⁸ ,
АДАМ ВИК ХНЯК	¹⁹ , ЯРИНА З АВАЛКО ²⁰ , Э Р Н А С . А РНАРДОТТИР ²¹ ,
ОАНА-CLAUDIA DELEANU	²² , БАРБАРА С Т Р АЗИЗАР ²³ , MARIE LLE
ЗУТ МАЛДЕР	²⁴ и Ка Я ШПИГЕЛЬХАЛДЕР ¹

¹ Кафедра психиатрии и психотерапии, Медицинский центр - Фрайбургский университет, медицинский факультет, Фрайбургский университет, Фрайбург, Германия; Университетская больница неврологии Inselspital Bern, Берн, Швейцария; Департамент глобального общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи, Бергенский университет, Берген, Норвегия; Институт клинической нейрофизиологии, Университетский медицинский центр Любляны, Любляна, Словения;

⁵ Лаборатория исследований сна Нортумбрии, Университет Нортумбрии, Ньюкасл, Великобритания; Институт сна и циркадной неврологии, Наффилд

Отделение клинической неврологии Оксфордского университета, Оксфорд, Великобритания; Институт исследования сна Мадрид, Мадрид, Испания; Ставангер

Университетская больница, Ставангер, Норвегия; Медицинский центр Соно, больница Cuf, Порту, Португалия; ¹⁰ Отделение клинической неврологии, Каролинский институт, Стокгольм, Швеция; ¹¹ Кафедра клинической медицины Копенгагенского университета, Копенгаген, Дания; ¹² Centre

Sommeil et de la Vigilance et EA 7330 VIFASOM, Universite Париж Декарт, Клиника Отель-Дье, Сорбонна Париж Ситэ, АРНР, НУРС, du

Hotel Dieu de Paris, Paris, France; ¹³ Университетская психиатрическая больница, Берн, Швейцария; ¹⁴ Отделение медицины и хирургии, Пармский университет, Парма, Италия; ¹⁵ Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения Хельсинки, Хельсинки, Финляндия; ¹⁶ Центр медицины сна, Фонд Кемпенхэге, Хизе, Нидерланды; ¹⁷ Многопрофильный Центр нарушений сна, Университетская больница Антверпена и Университет

Антверпен, Эдегем-Вильрик, Бельгия; ¹⁸ Sleep Center Pfalzkrankenhaus, Klängenmünster, Германия; ¹⁹ Центр медицины сна и Третье отделение

институт психиатрии и неврологии, Варшава, Польша; ²⁰ Федеральный медицинский биофизический центр имени Бурнасяна Федерального медицинского

Биологическое агентство, Москва, Россия; ²¹ Измерения сна, Национальная университетская больница Исландии, Рейкьявик, Исландия; ²² Институт

Пневмология, медицинский факультет Бухарестского университета, Бухарест, Румыния; ²³ Центр нарушений сна у детей и подростков, Общая информация

Больница Целе, Любляна, Словения; ²⁴ Отделение неврологии, больница Биспеберг и Фредериксберг, Копенгаген, Дания

Ключевые слова

доказательная медицина, КПТ I, снотворные средства.

Переписка

Дитер Риманн, клинический факультет
Психология и психофизиология, Центр
Психические расстройства, Медицинский центр - Университет
Фрайбург, медицинский факультет,
Фрайбургский университет, ул.
Гауптштурмова, 5, D-79104 Фрайбург, Германия.
Тел.: 49-761-270-69190; факс:
49-761-270-65230; электронная
почта: dieter.riemann@uniklinik-freiburg.de

¹
Одобрено другими представителями
Ассамблеи национальных обществ сна

Принято в переработанном виде 18
июля 2017 г.; получено 6 июня 2017 г.

DOI: 10.1111/jsr.12594

Краткие сведения

Настоящее европейское руководство по диагностике и лечению бессонницы было разработано целевой группой Европейского общества исследований сна с целью предоставления клинических рекомендаций по ведению взрослых пациентов с бессонницей. Руководство основано на систематическом обзоре соответствующих метаанализов, опубликованных до июня 2016 года. Целевая аудитория данного руководства включает всех клиницистов, занимающихся лечением бессонницы, а целевая популяция пациентов включает взрослых с хроническим бессонничным расстройством. Класс (градация Рекомендаций оценки, развития и оценки), система была использована в качестве доказательства и направить рекомендации. Процедура диагностики бессонницы и сопутствующих заболеваний должна включать клиническое интервью, состоящее из истории сна (привычки сна, обстановка сна, график работы, циркадные факторы), использования вопросников о сне и дневников сна, вопросов о соматическом и психическом здоровье, физического обследования и дополнительных мер, если они указаны (например, анализы крови, электрокардиограмма, настоятельные рекомендации, доказательства среднего и высокого качества). Полисомнография может быть использована для оценки других нарушений сна при подозрении на них (например, нарушения периодических движений конечностей, нарушения дыхания, связанные со сном), при резистентной к лечению бессоннице, у профессиональных групп риска и при длительном состоянии сна.

подозревается неправильное восприятие (убедительная рекомендация, высококачественные доказательства). Когнитивно-поведенческая терапия бессонницы рекомендуется в качестве первой линии лечения хронической бессонницы у взрослых любого возраста (убедительная рекомендация, высококачественные доказательства). Фармакологическое вмешательство может быть предложено, если когнитивно-поведенческая терапия бессонницы не достаточно эффективна или недоступна. Бензодиазепины, агонисты рецепторов бензодиазепина и некоторые антидепрессанты эффективны при краткосрочном лечении бессонницы (≤ 4 недель; слабые рекомендации, доказательства умеренного качества). Антигистаминные препараты, нейролептики, мелатонин и фитотерапевтические средства не рекомендуются для лечения бессонницы (рекомендации от сильных до слабых, доказательства низкого или очень низкого качества). Световая терапия и физические упражнения нуждаются в дальнейшей оценке, чтобы судить об их полезности при лечении бессонницы (слабые рекомендации, низкое качество доказательств). Дополнительные и альтернативные методы лечения (например, гомеопатия, иглоукалывание) не рекомендуются для лечения бессонницы (слабые рекомендации, доказательства очень низкого качества).

РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ

Настоящее европейское руководство по диагностике и лечению бессонницы было разработано на основе руководства по бессоннице Немецкого общества сна (Riemann et al., 2017) и было изменено и расширено благодаря привлечению экспертов из различных европейских стран и Европейской сети по борьбе с бессонницей под эгидой Европейского общества исследований сна (ESRS). С более подробной версией отчета по данному руководству можно ознакомиться в дополнительном материале.

Основное внимание в руководстве уделяется бессоннице, определяемой как трудности с началом или поддержанием сна или ранним утренним пробуждением, связанные с нарушением функционирования в дневное время, например, с снижением когнитивных функций, усталостью или расстройствами настроения. Таким образом, целевая группа данного руководства включает пациентов, страдающих бессонницей, как определено МКБ-10/ МКУР-3. Сюда входят все подтипы бессонницы, например, неорганическая бессонница и бессонница, сочетающаяся с соматическими или психическими расстройствами. Руководство предназначено для взрослых пациентов (18 лет). Литература по бессоннице у детей и подростков не рассматривалась. В настоящем руководстве содержится обзор доступной литературы с особым упором на ситуацию в Европе. Руководство предназначено для врачей и клинических психологов / психотерапевтов, которые диагностируют и лечат пациентов с бессонницей.

Компьютерные поиск по базе данных PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/) и Кокрановской библиотеке (www.cochrane.library.com) были проведены следующие ключевые слова: (психотерапии и гигиены сна или расслабления ума или полноту или поведенческая терапия или когнитивно-терапии или когнитив терапии или стимула, контроля или сна ограничение или плацебо или бензодиазепинов или benzodi- benzene также рецепторов агонист или седативные антидепрессанты или антипсихотические и нейролептические или антигистаминный препарат или травяной терапия или фитотерапия или мелатонин или комплементарной альтернативной терапии или гомеопатии) и бессонница (поиск комплекта фильтров для мета-анализ). Кроме того, все вопросы

журнал "Обзоры медицины сна" (до июня 2016 г.) был проверен на наличие дополнительных релевантных публикаций, и поиск был расширен за счет определения дополнительных публикаций по ссылкам в отобранных полных текстах. Поиск включал исследования, проведенные с января 1966 по июнь 2016 года. Исследования должны были быть написаны на английском языке, чтобы быть включенными. Первый автор провел поиск литературы, отобрал названия и аннотации и изучил полные тексты с помощью третьего и последнего авторов. Что касается перевода размеров эффекта.

(Cohen's d) в текстовой форме размеры эффекта 0.4 были определены как небольшой эффект; размеры эффекта $\rightarrow 0,4, 0,8$ как хороший эффект; эффект $> 0,8$ как очень хороший эффект.

Система GRADE (оценка рекомендаций, разработка и оценка; Аткинс и др., 2004; Гайатт и др., 2008) использовалась для оценки фактических данных и обоснования рекомендаций. Опубликованные доказательства были оценены как высококачественные, если изученные метаанализы показали, что маловероятно, что дальнейшие исследования изменят нашу уверенность в оценке наблюдаемого эффекта. В отличие, вердикт "низкое качество" был вынесен, когда изученные метаанализы показали, что любая оценка эффекта является неопределенной. В таблице S1 подробно представлена система классификации качества доказательств в соответствии с Guyatt et al. (2008). Использовались две категории рекомендаций: "сильные" и "слабые". Преобразование уровней доказательности в категории рекомендаций было основано на достижении консенсуса между авторами.

INSO MN IA

енческой
Этиология и патофизиология

Данное руководство в первую очередь нацелено на бессонницу как на самостоятельное расстройство, а не как на изолированный симптом или синдром, тесно связанный с другими соматическими или психическими расстройствами или даже непосредственно вызванный ими. Рассматриваемый здесь тип бессонницы очень напоминает концепцию “психофизиологической” бессонницы, концептуализированную десятилетия назад (Хаури и Фишер,

версия Международной классификации нарушений сна (ICSD-3; AASM, 2014). Решение устранить различие между первичной и вторичной бессонницей было основано на конференции NIH по бессоннице в 2005 году (Национальные институты здравоохранения, 2005), при этом основной причиной этого изменения было отсутствие доказательств того, что лечение первичного расстройства соответственно облегчит бессонницу, например, в случаях бессонницы, связанной с депрессией, что является основной причиной этого изменения.

Определение бессонницы в МКУР-3 в значительной степени соответствует определению DSM-5. В таблице 2 приведены диагностические критерии бессонницы в соответствии с МКУР-3. Для постановки диагноза должно быть нарушение ночного сна (критерий А) и связанные с ним дневные нарушения (критерий В). Кроме того, нарушение сна должно возникать не реже 3 ночей в неделю в течение 3 месяцев, чтобы быть диагностированным как клинически значимое расстройство. При соблюдении диагностических критериев при сопутствующем психическом или соматическом расстройстве диагностируются оба расстройства.

Таблица 2. Диагностические критерии хронического бессонничного расстройства в соответствии с МКУР-3.	
А Пациент сообщает, или родитель пациента, или	
лицо, осуществляющее уход, отмечает одно или несколько из следующих событий: 1. Трудности с началом сна. 2. Трудности с поддержанием сна. 3. Пробуждение раньше, чем хотелось. 4. Нежелание лечь спать в соответствующее время.	
Расписание.	
5. Трудности со сном без вмешательства родителей или опекуна	
В Пациент сообщает, или родитель пациента, или	
лицо, осуществляющее уход, отмечает одно или несколько из следующих, связанных с проблемами ночного сна: 1. Усталость / недомогание. 2. Нарушение внимания, концентрации или памяти. 3. Нарушения в социальной, семейной, профессиональной или академической деятельности	
Производительность.	
4. Нарушение настроения / раздражительность.	
5. Дневная сонливость.	
6. Поведенческие проблемы (например, гиперактивность, импульсивность, агрессия).	
7. Снижение мотивации / энергии / инициативы.	
8. Склонность к ошибкам / несчастным случаям.	
9. Беспокойство по поводу сна или неудовлетворенность им. С Зарегистрированные жалобы на сон / бодрствование не могут быть	
объясняются исключительно недостаточной	
возможностью (т.е. Для сна выделяется	
достаточно времени) или неадекватными	
D Нарушение сна и связанное с ним дневное время	обстоятельствами (т.е. Окружающая среда
E Нарушение сна и связанное с ним дневное время	безопасна, темна, тиха и комфортна) для сна
симптомы проявляются не реже трех раз в	
неделю. симптомы присутствуют в течение не	
F Трудности со сном / бодрствованием лучше не объяснить	менее 3 месяцев, другим нарушением сна.

Как уже упоминалось, острая бессонница очень распространена и не во всех случаях нуждается в специфическом лечении (Ellis et al., 2012b). Хроническую бессонницу, напротив, необходимо лечить. Определения хроничности, однако, различаются. МКБ-10 требует минимальной продолжительности в 1 месяц, тогда как в МКУР-3 указано 3 месяца. Авторы данного руководства одобряют использование ICSD-3 в диагностических целях, и ожидайте, что разработка ICD-11, скорее всего, последует за концептуальными инновациями ICSD-3.

Процедура диагностики.

Рекомендуемая процедура диагностического лечения расстройства бессонницы и его сопутствующих заболеваний показана в таблице 3.

Медицинский и психиатрический / психологический анамнез является обязательным и должен быть составлен с учетом клинической картины пациента и его / ее симптоматики. Что касается оценки медицинских расстройств, необходимо иметь в виду, что некоторые соматические причины бессонницы поддаются специфическому лечению, например гипертиреоз. Однако даже в случае явной соматической причины у многих пациентов с бессонницей развивается психофизиологический порочный круг бессонницы, который включает размышления, беспокойство о последствиях плохого сна и повышенного физиологического напряжения. Эти процессы можно успешно лечить в этих сопутствующих случаях бессонницы.

Аналогичные соображения следует принимать и в отношении употребления психоактивных веществ (например, алкоголя / кофеина), которые важно оценивать у пациентов с бессонницей. В частности, употребление алкоголя является распространенной неадаптивной стратегией самолечения у пациентов с бессонницей и может способствовать возникновению трудностей с поддержанием сна. Таким образом, потребление алкоголя следует активно оценивать и учитывать при планировании лечения. Кроме того, многие лекарства могут нарушать сон. Поэтому также следует оценить применение, дозировку и сроки приема лекарств.

Психические расстройства, особенно депрессия, биполярное расстройство или психоз, также часто сопровождаются засыпанием или трудностями с поддержанием сна или ранним утренним пробуждением. Недавний метаанализ (Baglioni et al., 2016) показал, что нарушения непрерывности сна (увеличенная латентность сна, повышенная частота ночных пробуждений, длительные периоды бодрствования после наступления сна) возникают трансдиагностически почти при всех психических расстройствах. Пациенты с хронической бессонницей часто страдают от сопутствующего психического расстройства, о котором они не сообщают спонтанно. Это может быть связано с тем фактом, что некоторым пациентам легче говорить о сне, чем об эмоциональном расстройстве. Таким образом, наличие психических расстройств также должно активно изучаться. Усталость также возникает при многих психических или нейродегенеративных расстройствах. Сонливость (предположительно испытываемая как следствие потери сна) обычно не является симптомом бессонницы как таковой, но может быть вызвана накоплением потери сна у этих пациентов. Таким образом, следует также оценить утомляемость и сонливость.

Таблица 3. Диагностическое лечение бессонницы и ее сопутствующих заболеваний.

1. История болезни и обследование (строгое рекомендация)

- В анамнезе должны быть указаны лица, осуществляющие уход, если это необходимо
- Бывшие и настоящие соматические расстройства (включая боль)
- Употребление психоактивных веществ (лекарства, алкоголь, кофеин, никотин, запрещенные наркотики)
- Медицинский осмотр
- Дополнительные меры (по показаниям): лабораторные исследования, включая, например, анализ крови

показатели щитовидной железы,

печени и почек, СРБ, гемоглобин,

ферритин и витамин B12

ЭКГ, ЭЭГ, КТ/МРТ Циркадные

маркеры (мелатонин, core

температура тела)

2. Психиатрические/психологические истории (сильная рекомендация)

- Бывших и нынешних психических расстройств
- Личностные факторы
- Работа и партнерстве
- Межличностные конфликты

3. История сна (настоятельная рекомендация)

- История нарушения сна, включая провоцирующие факторы
- Информация от партнера по постели (периодическое прерывание сна движения во время сна, паузы в дыхании)
- Рабочее время/ циркадные факторы (сменная и ночная работа, опережение фазы, задержка)

Режим сна и бодрствования, включая дневной сон (дневник сна, вопросники о сне) 4. Актиграфия

- В случае клинического подозрения на нерегулярный график бодрствования во сне или нарушения циркадного ритма (сильная рекомендация)
- Для оценки количественных параметров сна (слабая рекомендация)

5. Полисомнография

- При клиническом подозрении на другие нарушения сна например, нарушение периодических движений конечностей, апноэ во сне или нарколепсия (настоятельная рекомендация)
- Устойчивая к лечению бессонница (сильная рекомендация)
- Бессонница в группах профессионального риска, например, профессиональные водители (настоятельная рекомендация)
- В случае клинического подозрения на значительное расхождение между субъективным опытом и полисомнографически измеренный сон (сильная рекомендация)

СРБ, С-реактивный белок; КТ, компьютерная томография; ЭКГ, электрокардиограмма; ЭЭГ, электроэнцефалограмма; МРТ, магнитно-резонансная томография.

В таблице 4 обобщены основные соматические и психические сопутствующие заболевания, связанные с бессонницей.

Диагностическая процедура также должна включать клиническое интервью, состоящее из подробного анамнеза сна (для оценки)

соблюдение правил гигиены сна, привычки ко сну, окружающая среда для сна, включая организацию совместного сна, график работы, примерно ежедневные факторы и признаки других нарушений сна, например синдром беспокойных ног, апноэ во сне, циркадные нарушения сна после пробуждения и т.д.). Также настоятельно рекомендуется вести согласованный дневник сна (Carney et al.,

2012) в течение 7-14 дней. Более того, индекс качества

сна Питтсбурга (PSQI) может быть использован для субъективной оценки сна за предыдущий месяц (Buysse et al., 1989).

PSQI, однако, не является специфическим инструментом для диагностики бессонницы и не должен использоваться для этой цели. Индекс тяжести бессонницы (ISI) был разработан для

оценки тяжести расстройства, и также было показано, что он является надежным и валидным инструментом для выявления пациентов с бессонницей (Bastien et al., 2001). Кроме того, Бергенская шкала бессонницы (Pallesen et al., 2008) и Индикатор состояния сна (Espie et al., 2012) обладают многообещающими психометрическими свойствами. Обзор доступных шкал для

оценки сна и нарушений сна представлен Shahid et al. (2012). Кроме того, при наличии показаний, следует рассмотреть

возможность проведения актиграфии или полисомнографии. Метаанализ полисомнографических исследований показал, что у пациентов с бессонницей значительно сокращается общее время сна, значительно увеличиваются задержки наступления сна и увеличивается количество ночных пробуждений и количество времени бодрствования в течение ночи (Baglioni et al., 2014). Более того, процент медленного и быстрого сна снижается по сравнению с теми, кто хорошо спит. Однако различия были не очень выраженными, например, общее время сна сократилось примерно на 25 минут. Напротив, субъективное общее время сна сокращается примерно на 2 ч у пациентов с бессонницей по сравнению с теми, кто хорошо спит (Feige et al., 2008). Это привело к использованию терминов "псевдоинсомния", "неправильное восприятие состояния сна" или "парадоксальная бессонница". Многие эксперты утверждают, что полисомнография не помогает в оценке бессонницы, поскольку она не коррелирует с субъективным восприятием пациентов. Однако мы предполагаем, что полисомнография может иметь дополнительную диагностическую ценность, "поскольку" она не коррелирует с субъективными показателями и, таким образом, может предоставлять информацию, не присущую субъективному отчету пациента. Кроме того, для диагностики необходимы объективные показатели.

потенциальные сопутствующие заболевания (например, PLMD

= Периодические боли в ногах

Двигательные расстройства, апноэ во сне), которые являются распространенными. Апноэ во сне может иметь сложную взаимосвязь с бессонницей, таким образом, являясь чем-то большим, чем просто сопутствующим заболеванием (Sweetman et al., 2017). Несколько исследований предполагают, что полисомнографически определенная микроструктура сна изменяется при бессоннице с увеличением мощности быстрых частот и количества микровозбуждений. Эти явления частично независимы от субъективного переживания сна (Riemann et al., 2015) и могут стать важными при принятии решений о лечении в будущем (см.

Таблица 4 Основные сопутствующие заболевания, связанные с бессонницей			
Психиатрический	Медицина	Неврологические	Употребление/зависимость от
Депрессивные расстройства	Хроническая обструктивная болезнь легких	Нейродегенеративные заболевания	Алкоголя
Биполярные расстройства	Сахарный диабет	Семейная бессонница со смертельным исходом	, Никотина,
Генерализованное тревожное расстройство	Хронические заболевания почек	Цереброваскулярные заболевания	Кофеина,
Паническое расстройство	Иммунодефицит человека	Рассеянный склероз	Марихуаны,
	вирусная инфекция		опиоидов,
Посттравматическое стрессовое расстройство	Злокачественные новообразования	Черепно-мозговая травма	дизайнерских наркотиков,
Шизофрения	Ревматические расстройства	RLS	Кокаина
	Хроническая боль		, Амфетамина
RLS, Синдром беспокойных ног.			

Таблица 5 Распространенность расстройств, связанных с бессонницей, в различных европейских странах			
Страна	Автор (год)	Размер	% диагноз "Бессонница"
Страна Англия			
Финляндия	Калем и др. (2012)	выборки 20 503	5.8%
	Охайон и	982	11.7%
Франция	Партинен (2002)	12 778	19%
Германия	Леже и др. (2000)		5.7%
	Шлек и др.	7988	
	(2013) Новак и др.	12 643	9%
Венгрия,	(2004) Охайон и	3970	7%
Италия	Смирне (2002)	2000	15.5%
Норвегия,	Паллесен и др.		
	(2001, 2014)	588	15.8%
Румыния	Войнеску и	4065	6.4%
	Сентаготай (2013)		
Испания	Охайон и	1550	10.5%
Швеция	Сагалес (2010)		
	Мэллон и др. (2014)		

"Взгляд на будущее"). Другое недавнее открытие касается различий между бессонницей с объективной короткой продолжительностью сна и без нее (Фернандес-Мендоса, 2017; Вгончас и др., 2013). Предполагается, что бессонница с полисомно- графически задокументированной короткой продолжительностью сна имеет в первую очередь биологические корни и, таким образом, лучше поддается биологическому лечению. Если эта гипотеза окажется верной, полисомнография может стать еще более важной в диагностике бессонницы. Процедура

Эпидемиология

Примерно 6% взрослого населения промышленно развитых стран страдают хронической бессонницей как расстройством (обзор см. Охайон, 2002), при этом среди них явно преобладают женщины по сравнению с мужчинами (Zhang and Wing, 2006), а показатели распространенности связаны с возрастом. Более свежие данные (например, из Норвегии, Великобритании и Германии) указывают на рост

распространенность бессонницы составляет около 10% населения, в последние годы (Calem et al., 2012; Marschall et al., 2017; Паллесен и др., 2014). Более того, похоже, что использование снотворных средств также значительно возросло за 10-летний период (например, с 7% до 11% в Норвегии; Pallesen et al., 2001, 2014). В таблице 5 приведены эпидемиологические данные о распространенности бессонницы как расстройства в 10 европейских странах (для других европейских стран такие данные по бессоннице на уровне расстройства отсутствуют).

Таблица 5 демонстрирует, что распространенность бессонницы в значительной степени варьируется от одной европейской страны к другой. Это может быть, отчасти, связано с различиями в методологическом качестве между исследованиями. В настоящее время распространенность бессонницы как расстройства в Европе, по-видимому, варьируется от минимума в 5,7% в Германии до максимума в 19% во Франции. Существует только одно всеобъемлющее эпидемиологическое исследование (Van de Straat and Bracke, 2015), в котором использовался межнациональный подход и изучались проблемы со сном в 16 европейских странах, но только у пожилых людей. Это исследование не включало специально вопросы для постановки диагноза бессонницы, всего лишь единичный показатель проблем со сном. Это исследование показало, что уровень распространенности этого типа проблемы со сном варьируется от минимального 16,6% в Дании до максимального 31,2% в Польше. Наш поиск литературы и исследование ван де Страата и Брака указывают на настоятельную необходимость общеевропейских перекрестных исследований, чтобы лучше понять масштабы проблемы в Европе, в том числе в отношении сопутствующих заболеваний.

Исследования в учреждениях общей практики или медицинских специальностях показывают значительно более высокие показатели распространенности: данные из общей практики в Германии (Wittchen et al., 2001) показывают, что одна пятая часть пациентов, консультирующихся у терапевта, страдают от бессонницы; тогда как в Норвегии более 50% пациентов общей практики страдают бессонницей (Бьорват и др., 2017).

Что касается стойкости бессонницы, то из Европы поступает очень мало информации. Однако Morin et al. (2009a) предоставили данные о естественном течении бессонницы в Канаде, и показали, что примерно у 70% пациентов наблюдаются стойкие симптомы в течение 1 года. В этом исследовании,

^a Европейское общество исследований сна 2017 г.

У 46% тех, кто страдал бессонницей, наблюдались стойкие симптомы в течение 3 лет.

Распространенность применения снотворных средств, т.е. бензодиазепинов (BZ) и бензодиазепиновых рецепторов. агонисты (BZRA), в значительной степени варьирующиеся в зависимости от одной европейской страны

Другое. Исследование, проведенное в Великобритании, сообщило об увеличении использования гипнотических средств с 0,4% до 0,8% среди населения в целом с 1993 по

данные оставались стабильными с 2000 по 2007 год (Calem 2000 et al., 2012). Немецкое исследование описало, что распространенность приема снотворного, по крайней мере, один раз, увеличилась с 4,7% до 9,2% с 2009 по 2016 год (Marschall et al., 2017). В целом, неясно, сколько пациентов с бессонницей в

Европа регулярно принимает снотворные средства - необходимы дальнейшие исследования- чтобы определить точный масштаб этой проблемы.

Рисков для здоровья

Несколько метаанализов показывают, что бессонница является значительным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний (Li et al., 2014; Meng et al., 2013; Sofi et al., 2014). В частности, бессонница является фактором риска артериальной гипертензии, инфаркта миокарда и хронической сердечной недостаточности (Laugsand et al., 2011, 2014a; Palagini et al., 2013). Кроме того, Anothaisintawee et al. (2015) показали, что бессонница является фактором риска развития сахарного диабета 2 типа.

Помимо самой бессонницы, имеются данные, свидетельствующие о том, что короткая продолжительность сна (в среднем менее 6 часов) является фактором риска ожирения, сахарного диабета 2 типа, гипертонии и сердечно-сосудистых заболеваний (Bayon et al., 2014; Бакстон и Марчелли, 2010; Сарруccio et al., 2010; Фараут и др., 2012; Патель и Ху, 2008). Следовательно, короткая продолжительность сна также увеличивает смертность (Liu et al., 2017). Однако связь между короткой продолжительностью сна и бессонницей еще не полностью изучена.

Неврологические расстройства часто сопутствуют бессоннице (Mayer et al., 2011), и бессонница может играть определенную роль в развитии когнитивных нарушений (Yaffe et al., 2014). Кроме того, одно перекрестное исследование предполагает взаимосвязь между нарушением качества сна и кортикальной атрофией у пожилых людей (Sexton et al., 2014). Более поздняя работа указывает на общую причастность бессонницы к развитию нейродегенеративных болезни, особенно деменция (Osorio et al., 2011). Бассетти и др. (2015) стресс двунаправленный характер взаимосвязи между бессонницей и нарушениями работы мозга.

Были собраны значительные доказательства взаимосвязи между бессонницей и психическими расстройствами (Риеманн и Водерхольцер, 2003). В метаанализе Baglioni et al. (2011) показали, что люди с бессонницей имеют повышенный риск развития серьезного депрессивного расстройства (отношение шансов 2.1), которое также может привести к раннему выходу на пенсию (Rapin et al., 2015). Аналогичные взаимосвязи были задокументированы для жалоб на бессонницу и суицидальных мыслей, попыток самоубийства и завершенных самоубийств (Malik et al., 2014; Pigeon et al., 2012).

Крупные эпидемиологические исследования также продемонстрировали, что бессонница является фактором риска получения больничного листа, увеличенного числа случаев

о несчастных случаях на рабочем месте (Laugsand et al., 2014b;

Сивертсен и др., 2009a,b) и дорожно-транспортных происшествий (Leger et al., 2014).

Стоимость лечения бессонницы

Вопрос о прямых и косвенных издержках бессонницы рассматривался в нескольких крупных, хорошо продуманных исследованиях (Daley

и др., 2009; Леже и Байон, 2010; Озмиковский и др., 2007). Особое значение для Европы имеет сравнение затрат на лечение нескольких заболеваний головного мозга в Европе в 2010 году (Gustavsson et al., 2011). В этом исследовании нарушения сна заняли девятое место среди всех нейropsychиатрических расстройств по отношению к прямым и косвенным затратам. Средняя общая сумма (затраты) € Было рассчитано 790 случаев в год на пациента. Эти общие затраты были основаны на индивидуальных затратах, рассчитанных с учетом предполагаемой распространенности

бессонница составляет от 6% до 12% среди населения Европы (Wittchen et al., 2011). В отношении так называемого индекса Daly (disability-годы жизни с поправкой), фигура 10.3/10 000 особей

дано для женщин и 8,4 / 10 000 человек для мужчин, занимающих девятое место среди всех изученных нервно-психических расстройств. Согласно данным ВОЗ, бессонница занимает 11-е место в списке наиболее важных заболеваний головного мозга с точки зрения глобального бремени (Collins et al., 2011). Таким образом, можно сделать вывод, что бессонница представляет собой высокое финансовое бремя для европейских систем здравоохранения, либо за счет прямых затрат, т.е. затрат на лекарства или психотерапевтическое лечение, либо косвенных затрат, например, из-за отпуска по болезни или досрочного выхода на пенсию.

Лечение бессонницы

При наличии сопутствующих заболеваний клиническое заключение должно решить, следует ли лечить бессонницу или сопутствующее заболевание в первую очередь, или же лечить и то, и другое одновременно. Следует отметить, что классификация и рекомендации по всем вариантам лечения, изложенным в этом разделе, обобщены в таблице 15.

Когнитивно-поведенческая терапия бессонницы (КПТ-I) и другие психотерапевтические подходы Когнитивно-поведенческая терапия бессонницы обычно состоит из психообразования / гигиены сна, обучения релаксации, терапии стимульного контроля улова, терапии ограничения сна и когнитивной терапии (Riemann and Perlis, 2009). Обычно КПТ-I применяется лицом к лицу (либо на индивидуальной основе, либо в групповом формате) квалифицированным клиницистом в течение четырех-восьми сеансов. Ряд руководств был опубликован на разных языках (голландский: Вербик и ван де Лаар, 2014; английский: Морин и Эспи, 2004; Перлис и др., 2005; французский: Гуле и др., 2013; немецкий: Хертенштейн и др., 2015; Шлигельхалдер и др., 2011; итальянский: Девото и Виолани, 2009; Норвежский: Бьорватн, 2013; Португальский: Пайва, 2008; и словацкий: Бакхаус и Риманн, 2003).

Психообразование / гигиена сна. В контексте CBT-I, психообразование обычно включает в себя так называемый "сон"

^a 2017 Европейское общество исследований сна

Автор (год)	Популяционная	Количество исследований/количество пациентов	Вмешательство	Конечные точки исследования	Влияние на конечные точки исследования
Морин и др. (1994)	Бессонница	59/2102	CBT-I и single Компоненты	SOL, WASO, NOA, TST	а) Хорошее влияние CBT-I на все параметры б) Хорошие результаты наблюдения
Муртаг и Гринвуд (1995)	Бессонница	66/2007	CBT-I и сингл Компоненты	COL, NOA, TST, SQ	а)Хорошее воздействие CBT-I на все параметры б) Хорошие результаты при последующем наблюдении
Pallesen et al. (1998)	Бессонница, > возраст 50 лет	13/388	CBT-I и не женат Компоненты	SOL, NOA, WASO, TST	а) Хорошее влияние CBT-I на все параметры б) Хорошие результаты последующего наблюдения
Монтгомери и Деннис (2004)	Первичная бессонница, > возраст 60 лет	7/322	CBT-I, bright легкие и физические упражнения	SOL, TST, SE, WASO	а) Хорошее влияние CBT-I на поддержание сна б) Почти отсутствие воздействия яркого света и физических упражнений
Ирвин et al. (2006)	Бессонница, возраст 55 лет по сравнению с более молодыми	23/NA	CBT-I и single Компоненты	SQ, SOL, TST, SE, WASO	Эффекты от средних до сильных в пожилые пациенты
Бельвиль et al. (2011)	пациентами с бессонницей с сопутствующей тревогостью или без нее,	50/2690	CBT-I	Шкалы тревожности	Умеренное воздействие на тревожность
Окадзима et al. (2011)	первичная бессонница	14/927	КПТ-I	SOL, WASO, EMA, SE, PSG, ACT	а) Хорошее влияние CBT-I на все параметры б) Хорошие результаты последующего наблюдения
Миллер и др. (2014)	Первичная бессонница	4/192	Ограничение сна терапевтическая группа CBT-I	SOL, WASO, TST, NOA, SE, SQ	Эффективно только ограничение сна
Коффель et al. (2015)	Бессонница	8/659		СОЛЬ, WASO, SE, SQ, TST, боль, депрессия	Группа CBT-I эффективна
Трауер и др. (2015)	Хроническая бессонница	20/1162	CBT-I	SOL, WASO, TST, SE	Клинически значимая эффективность без учета нежелательные побочные эффекты
Гейгер-Браун et al. (2015)	Сопутствующие заболевания бессонница (соматический / психический)	23/1379	CBT-I	SOL, WASO, TST, SE, ISI, PSQI	Хорошая эффективность; долгосрочные эффекты через 18 месяцев
Ву и др. (2015a)	Сопутствующее заболевание бессонница (соматических / психических)	37/2189	КПТ-I	SOL, WASO, SQ, TST, ремиссия, сопутствующие симптомы	Хорошая эффективность; меньшее воздействие на сопутствующие симптомы; улучшение последствий для психических результатов
Ho et al. (2016)	Бессонница + Посттравматический синдром		CBT-I	SOL, WASO, SE, TST, Симптомы ПТСР	Хороший эффект для сна, хорошие эффекты при симптомах ПТСР
Джонсон et al. (2016)	Бессонница + рак	8/752	CBT-I	SE, WASO, ISI, рак симптомы SQ, усталость,	Хороший эффект для сна, хорошие эффекты о симптомах рака
Резкий запах et al. (2015)	Бессонница + боль	11/1066	КПТ-I	боль	Хорошие эффекты для сна, хорошие эффекты о сопутствующих симптомах

ACT, актиграфия; CBT-I, когнитивно-поведенческая терапия бессонницы; EMA, раннее утреннее пробуждение; ISI, индекс тяжести бессонницы; NOA, количество пробуждений; PSG, полисомнография; PSQI, Питтсбургский индекс качества сна; ПТСР, посттравматическое стрессовое расстройство; SE, эффективность сна; SOL, латентность начала сна; SQ, качество сна; TST, общее время сна; WASO, время пробуждения после начала сна.

Фармакотерапия

Было опубликовано несколько обзоров снотворных средств при бессоннице (Риман и Ниссен, 2012). Доступные субстанции включают BZ и BZRA, антидепрессанты, антипсихотические средства, антигистаминные препараты, фитотерапевтические вещества и мелатонин (таблица 8).

Прежде чем обобщить эффективность этих различных фармацевтических препаратов, мы представляем четыре метаанализа, посвященных эффектам плацебо при этом заболевании (таблица 9). В трех новейших из этих мета-анализов был сделан вывод о наличии значительных эффектов плацебо в клинических испытаниях фармакологических методов лечения бессонницы. Наиболее примечательно, что Винклер и Риф (2015) проанализировали 32 исследования с участием 3969 участников и обнаружили, что более 60% реакции на медикаментозное лечение (в большинстве исследований BZ и BZRAs) также наблюдалось при приеме плацебо. Это открытие было справедливо как для субъективного, так и для полисомно- графически измеренных параметров сна.

Классификация доказательств. В таблице 10 обобщены метаанализы- эффективности BZ и BZRAs при лечении бессонницы. Эти метаанализы ясно показывают, что BZ и БЗРА эффективны при краткосрочном лечении (4 недели) бессонницы. Пиллаи и соавт. (2017) проанализировали данные одного рандомизированного контролируемого исследования с BZRAs в соответствии с определениями ответа на лечение / ремиссии и наблюдали положительный ответ на лечение у 76 человек.7% случаев и ремиссии у 47,7% участников.

В таблице 11 (верхняя панель) обобщены результаты метаанализа эффективности антидепрессантов при лечении бессонницы. Следует отметить, что дозы антидепрессантов для лечения бессонницы обычно намного ниже, чем рекомендуемые дозы при депрессии. Только в нескольких рандомизированных контролируемых исследованиях оценивалась эффективность этих в основном седативных антидепрессантов . Авторы первых двух мета-анализов пришли к выводу, что эффективность седативных антидепрессантов слабее, чем у BZ / BZRAs. Однако Макклири и др.

(2014) описали положительное влияние тразодона на нарушения сна , сопутствующие болезни Альцгеймера. Мета- анализ, проведенный Yeung et al. (2015), касался исключительно низких доз доксепина и показал, что в краткосрочной перспективе наблюдаются значительные эффекты на субъективные и полисомнографические параметры.

Метаанализов эффективности антигистаминных препаратов при бессоннице не проводилось, но в одном систематическом обзоре был сделан вывод, что антигистаминные препараты обладают лишь небольшой или умеренной эффективностью при лечении бессонницы и что толерантность к этим веществам развивается быстро (Ванде Гриенд и Андерсон, 2012). Следует отметить, что многие седативные антидепрессанты (таблица 11, верхняя панель), вероятно, оказывают свое снотворное действие через гистаминергическую систему.

Метаанализов эффективности антипсихотических средств при бессоннице не проводилось, но существуют четыре связанных систематических обзора. Монти и Монти (2004; Monti et al., 2017) и Когрс (2008) пришли к выводу, что седативные нейролептики увеличивают общее время сна и количество медленноволнового сна у пациентов с шизофренией. Однако Андерсон и Ванде Гриенд (2014) и Томпсон с соавторами (2016) пришли к выводу, что фактических данных о кветиапине недостаточно, чтобы рекомендовать его применение для лечения бессонницы при отсутствии психических расстройств , особенно в свете его потенциальных побочных эффектов.

В таблице 11 (нижняя панель) обобщены метаанализы, посвященные эффективности фитотерапевтических средств при лечении бессонницы. Авторы этих публикаций единодушно пришли к выводу, что методологическое качество включенных исследований было низким и необходимы дальнейшие исследования. Мета-анализы не показали клинически значимой эффективности исследуемых веществ. Метаанализ исследований, изучающих китайскую фитотерапию (CHM), пришел к выводу, что CHM превосходит плацебо по своему влиянию на субъективные параметры сна и столь же эффективен, как BZ. Однако авторы метаанализа подчеркивают низкое качество оригинальных исследований, которое не может быть независимо оценено авторами данного руководства

Таблица 9 Эффекты плацебо в фармакологических исследованиях бессонницы					
Автор (год)	Популяция	Количество	Вмешательство	Конечные точки исследования	Влияние на конечные точки исследования
		исследований			
Хробьяртссон и Гетцше (2001)	40 клинических состояний включая бессонницу	/количество пациентов	Сравнение плацебо с активный препарат	Параметрами сна	Практически нет доказательств того, что плацебо оказывает сильное действие
Макколл и др. (2003)	Бессонница	5/100 5/213	Плацебо по сравнению с активный препарат	SOL, TST	Значительный эффект плацебо при + TST (субъективный) SOL
Беланже et al. (2007)	Первичной бессоннице	34/1392	Плацебо / ожидание	СОЛЬ, TST, WASO, NOA, SE /субъективные и объективные	Значимые эффекты плацебо при фармакологические исследования
Винклер и Rief (2015)	Бессонница	32/3969	список по сравнению с активный препаратом , плацебо по сравнению активный препарат	параметры сна/ объективный результат и субъективный	63,5% случаев лекарственного ответа было получен с помощью плацебо
NOA - количество пробуждений; SE - эффективность сна; SOL - задержка начала сна; TST - общее время сна; WASO - время пробуждения после начала сна.					

^a Европейское общество исследований сна 2017 г.

Таблица 10 Метаанализы эффективности BZ и BZRA при лечении бессонницы					
Автор (год)	Популяция	Количество	Вмешательство	Конечные точки исследования	Влияние на конечные точки исследования
Новелл et al. (1997)	Первичная бессонница	исследований/количество пациентов 22/1894	зоплидем против BZ плацебо, краткосрочное лечение	SOL, NOA, TST, SQ	Значительное улучшение нарушение сна
Холбрук et al. (2000)	Начальная школа бессонница	45/2672	+ зопиклон по сравнению с B3, плацебо, краткосрочное лечение	SOL, TST, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ	а) Значительное улучшение нарушения сна б) Повышенный риск при ИСПОЛЬЗОВАНИИ
€ Dundar et al. (2004)	Бессонница	24/3909	BZ против BZRA, кратковременное лечение	SOL, TST, NOA, WASO, SQ, ИСПОЛЬЗОВАТЬ	а) Нет разницы между вещества б) ИСПОЛЬЗОВАНИЕ, не проанализированное из-за низкого качества данных
Стекло et al. (2005)	Бессонница, > возраст 60 лет	24/2417	+ BZRA в сравнении с BZ плацебо, краткосрочное лечение	SQ, SOL, TST, NOA, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ	а) Значительное улучшение во время сна б) Повышенный риск при ИСПОЛЬЗОВАНИИ
Бушеми et al. (2007)	Хронический бессонница	105/5582	+ + BZRA в сравнении антидепрессанты	+ вторичный SOL результаты, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ	BZ и BZRA эффективны; большее ИСПОЛЬЗОВАНИЕ активных препаратов по сравнению с плацебо
Уздо-Медина et al. (2012)	Бессонница	13/4378	BZRA (зоплидем, залеплон, эзопиклон)	+ вторичный SOL	Небольшие, но значимые результаты влияние на субъективные и объективные
Винклер et al. (2014)	Бессонница	31/3820	B3, B3PA, успокаивающее антидепрессанты, мелатонин	Полисомнографический и субъективные параметры сна	показатели SOL оказывают BZ и BZRA значительное влияние на субъективные и объективные результаты; меньший эффект для антидепрессантов
BZ - бензодиазепины; BZRA - агонисты бензодиазепиновых рецепторов; NOA - количество пробуждений; SOL - задержка начала сна; SQ - качество сна; TST - общее время сна; ИСПОЛЬЗОВАНИЕ - нежелательные побочные эффекты; WASO - время пробуждения после начала сна.					

поскольку все оригинальные рукописи были опубликованы на китайском языке.

В таблице 12 обобщены метаанализы эффективности мелатонина (включая в основном препараты быстрого высвобождения, но также рамелтеон и препараты пролонгированного высвобождения) при лечении бессонницы. Эти метаанализы не дают единой картины относительно эффективности мелатонина и агониста мелатониновых рецепторов рамелтеона. Buscemi et al. (2005) и Ferracioli-Oda et al. (2013) сообщили, что мелатонин уменьшает задержку начала сна, что также было продемонстрировано для gamelteon (Liu and Wang, 2012). Kuriyama et al. (2014) также обнаружили значительное положительное влияние мелатонина на задержку начала сна и его качество. Однако с клинической точки зрения эффект был незначительным. Некоторые из первоначальных исследований также изучали нежелательные побочные эффекты и пришли к выводу, что мелатонин является безопасным препаратом.

Вышеупомянутые данные свидетельствуют о том, что BZ и BZRAs могут быть использованы в краткосрочной перспективе, если лечение первой линии (CBT-I) неэффективно или недоступно (высококачественные доказательства). Некоторые седативные антидепрессанты также могут использоваться для краткосрочного лечения (доказательства среднего качества).

Кроме того, антигистаминные препараты и нейролептики не рекомендуются для лечения бессонницы (настоятельно рекомендуется-

доказательства низкого или очень низкого качества), а мелатонин и тион фитотерапия не рекомендуются при бессоннице (слабая рекомендация - доказательства низкого качества; Таблицы 8, 12 и 15).

Светотерапия и физические упражнения

Воздействие света использовалось в качестве мощного экспериментального инструмента в исследованиях на животных сна-бодрствования и циркадных ритмов, при этом наблюдались четкие эффекты на различные переменные биологического исхода. У людей, светотерапия использовалась для лечения сезонных аффективных расстройств и нарушений циркадного ритма с предположительно хорошей клинической эффективностью (Huck et al., 2014). Без сомнения, физические упражнения оказывают положительное влияние на психологическое и физическое здоровье, и многие исследования показывают, что регулярные физические упражнения снижают смертность (Hupin et al., 2015). Особую важ- ному для существующего руководства, как световая терапия и физические упражнения также рекомендуется быть эффективны у больных с инсомнией.

^a 2017 Европейское общество исследований сна

Таблица 11 Метаанализы эффективности седативных антидепрессантов и фитотерапевтических вмешательств при лечении бессонницы

Автор (год)	Популяция	Количество исследований/количество пациентов	Вмешательство	Конечные точки исследования	Влияние на конечные точки исследования
Седативные антидепрессанты					
Бушеми Хронический (2007)	бессонница	105/873	антидепрессанты BZRA антидепрессанты	сон	Седативные антидепрессанты - это менее эффективны, чем BZ / BZRA,
Винклер et al. (2014)	Бессонница	31/3820	мелатонин, успокаивающий ++ BZ + BZ	Субъективный и цель	седативные антидепрессанты менее эффективен, чем BZ / BZRA
Макклири et al. (2014)	Бессонница	5/313	Тразодон + мелатонин +	параметры сна SOL, TST, BACO, SE	Тразодон улучшает TST и SE
Ен et al. (2015)	Альцгеймера Бессонница	9/1983	Низкие дозы доксепина	Субъективные и цель	Небольшие или умеренные эффекты для поддержания сна и TST, но без влияния на SOL
Фитотерапевтические вмешательства					
Вызвали бессонницу et al. (2006)		16/1093	Валериана по сравнению с плацебо, краткосрочное лечение	SQ, SOL	а) Небольшое улучшение качества сна б) Отсутствие улучшения других параметров сна в) Низкое качество исследований
Фернандес-Сан-Мартин и др. (2010)	Бессонница	18/1317	Валериана против плацебо	площадь	Отсутствие влияния на количественные показатели параметров, незначительные эффекты для SQ Без существенных эффектов
Выщелачивание и Пейдж (2015)	Бессонница	14/1602	Валериана, ромашка, кава, кулинария	SOL, SE, TST, SQ	
Ни и др. (2015)	Бессонница	76/7240	CHM по сравнению с плацебо по сравнению с BZ	PSQI, CGI	CHM лучше, чем плацебо, но низкое качество исследований

BZ, бензодиазепины; BZRA, агонисты бензодиазепиновых рецепторов; CGI, clinical global impression; CHM, китайская фитотерапия; PSQI, Индекс качества сна Питтсбурга; SE - эффективность сна; SOL - задержка начала сна; SQ - качество сна; TST - общее время сна; WASO - время пробуждения после начала сна.

Оценка доказательств. Ван Маанен и др. (2016) исследуют- изучили влияние светотерапии на бессонницу и обнаружили небольшое или умеренное влияние этого лечения на параметры сна . Кредлоу и др. (2015) исследовали влияние различных режимов физических упражнений на сон у хорошо и плохо спящих людей. Хотя было показано умеренно положительное влияние на несколько параметров сна, следует подчеркнуть, что большинство оригинальных исследований не были сосредоточены на клинически значимой бессоннице. Учитывая тот факт, что как светотерапия, так и физические упражнения поддерживаются обширными фундаментальными исследованиями и исследованиями в области общественного здравоохранения, следует посвятить дальнейшие исследования их воздействию на пациентов с бессонницей.

Вышеупомянутые данные свидетельствуют о том, что светотерапия и / или физические упражнения могут быть полезными вспомогательными средствами лечения бессонницы- (слабый пиа рекомендация - низкое качество доказательства; Таблица 15).

Комплементарная и альтернативная медицина

В области комплементарной и альтернативной медицины было предложено несколько методов лечения бессонницы, включая иглоукалывание, точечный массаж, ароматерапию стоп

рефлексология, гомеопатия, медитативно-двигательная терапия, прижигание, музыкальная терапия и йога.

Классификация доказательств. В таблице 13 приведены мета-анализов и систематических обзоров по эффективности комплекс-дополнительные и альтернативные методы лечения бессонницы. В целом, исследования, лежащие в основе этих доказательств, являются методологически слабыми и, следовательно, их трудно оценить. Существуют некоторые доказательства, свидетельствующие об эффективности иглоукалывания (Cao et al., 2009; Чук и др., 2012; Лан и др., 2015; Саррис и Бирн, 2011). Однако для авторов данного руководства оценка исследований по этой теме затруднительна, поскольку большинство оригинальных статей опубликовано на китайском языке. Авторы всех вышеупомянутых метаанализов подчеркивали осторожность из-за качества оригинальных исследований. Нет никаких доказательств, подтверждающих эффективность ароматерапии или гомеопатии. Существуют три метаанализа музыкальной терапии (Jespersen et al., 2015; de Niet et al., 2009; Wang et al., 2016), которые предполагают потенциальный положительный эффект этого лечения. Однако методологическое качество этих исследований вызывает сомнения. Аналогичная картина возникает при рефлексотерапии стоп, прижигании и медитативно-двигательной терапии, включая йогу. Эти

^a 2017 Европейское общество исследований сна

Таблица 13 Комплементарная и альтернативная медицина в лечении бессонницы

Автор (год)	Популяция	Количество исследований / количество пациентов	Вмешательство	Конечные точки исследования	Влияние на конечные точки исследования
Иглоукальвание					
Чен et al. (2007)	Бессонница (первичная и вторичный)	6/673	Аурикулярная акупунктура	TCT, сокращение от бессонницы	Положительный эффект для иглоукальвания, но низкое качество исследований, не поддающееся интерпретации, потому что из-за низкого качества исследований
Чук et al. (2012)	Бессонница	33/2293	Иглоукальвание против нет лечения против псевдо-акупунктуры	PSQI	
Юнг et al. (2012)	Бессонница (первичная и вторичный)	40/4115	Иглоукальвание, рефлексотерапия, акупунктура уха по сравнению со школьной медициной / притворством / сном гигиена / музыкальная терапия / рутинное лечение	PSQI, SRSS, степень эффекта, GHQ-28, STAI, AIS, BDI, PFS, дневник сна	Иглоукальвание незначительно лучше, чем фиктивное лечение; ухо сравнение иглоукальвания с фиктивным сомнительно; каждое вмешательство лучше, чем рутинное лечение "положительные" эффекты
Локальная сеть et al. (2015)	Плохо спящие	15/1429	Аурикулярная акупунктура в сравнении с фиктивной акупунктурой против плацебо	Реакцией rate, PSG, дневники сна	иглоукальвание, низкое качество исследований Акупунктура
Ли и Lim (2016)	Бессонница постинсультный период	13/1051	Акупунктура (ТКМ) в сравнении с фиктивной акупунктурой против лекарств	PSQI, ISI, AIS, Стандарты TCM	лучше, чем лекарства, низкое качество исследований
Ароматерапия					
Хван и Шин (2015)	Разные группы	12/704	Ароматерапия в сравнении с контролем	Нарушение сна	Очень значимое улучшение сна (низкое качество исследований) "Тенденции"
Гомеопатия					
Купер и Релтон (2010)	Бессонница	4/199	Индивидуальная гомеопатия в сравнении с плацебо	SOL, TST, SQ и др.	гомеопатического лекарство, отсутствие существенных изменений сна, низкое качество исследований Отсутствие эффектов, низкое качество в исследованиях
Ernst и др. (2011)	Бессонница	6/263	Индивидуальная гомеопатия в сравнении с плацебо	TST, SQ и др.	
Прижигание					
Солнцем и др. (2016b)	Первичная бессонница	22/1971	Прижигание в сравнении с "Западные лекарства", ТКМ	"Клинической эффективностью"	Умеренные эффекты, низкое качество исследований
Музыкальная терапия Ванга					
et al. (2016)	Гетерогенный образцы при острых или хронических проблемах со сном, Бессоннице	10/557	Пассивное потребление музыки	RCSQ, PSG, VAS, VSH, PSQI	Положительные эффекты о качестве сна
Есперсен и др. (2015)		6/340	Музыкальная терапия по сравнению с отсутствием лечения в сравнении с TAU	PSQI	Повышение качества сна, снижение показателей PSQI
Нефть					
Лиллехея и Halcon (2014)	"сон расстройства"	15/?	Эфирное масло	Разные результаты	Эфирные масла могут быть полезно при незначительных проблемах со сном, хороший эффект, сильные стороны для сна
Массаж рефлекторных зон Ли					
et al. (2011)	Другая цель	44/1860	Массаж рефлекторных зон в сравнении с контролем	Усталость, боль, сон	
Йога/Тайцзицюань/Цигун					
Ван и др. (2016)	группы	17/1880	ММ по сравнению со списком ожидания	PSQI, SQ	Повышение качества сна, низкое качество исследований
Ву и др. (2015b)	Бессонница Бессонница > (60 лет)	14/1225	ММ по сравнению с контрольной группой	PSQI	Улучшенное качество сна, неоднородное качество исследований

AIS, Афинская шкала бессонницы; BDI, Инвентаризация депрессии Бека; GHQ-28, Опросник общего состояния здоровья; ISI, индекс тяжести бессонницы; MM, медитативное "движение" = Йога, Тайцзицюань, Цигун; PFS, Шкала усталости Пайпера; PSG, полисомнография; PSQI, Питтсбургский индекс качества сна; RCSQ, опросник сна Ричардса Кэмпбелла; SOL, задержка начала сна; SQ, качество сна; SRSS, шкала самооценки сна; STAI, Опросник тревожности по признакам состояния; TAU, лечение в обычном режиме; TCM, традиционная китайская медицина; TST, общее время сна; VAS, визуальный аналог шкалы; VSH, шкала сна Верран Снайдер Халперн.

Диагностика бессонницы и ее сопутствующих заболеваний

- Дневники сна или актиграфия могут быть использованы при клиническом подозрении на нерегулярный режим сна и бодрствования или циркадные нарушения ритма (убедительная рекомендация, высококачественные доказательства), а актиграфия может быть использована для количественной оценки параметров сна (слабая рекомендация, высококачественные доказательства).
- Полисомнография рекомендуется при клиническом подозрении на другие нарушения сна, такие как периодические нарушения конечностей

бессонница в группах профессионального риска или подозрение на значительное расхождение между субъективно ощущаемым и полисомнографически измеренным сном (настоятельная рекомендация, высококачественные доказательства). Лечение

КПТ-I рекомендуется в качестве ¹первой линии лечения хронической бессонницы у взрослых любого возраста (настоятельная рекомендация, высококачественные доказательства). Фармакологические вмешательства. Если СВТ-I неэффективна или недоступна, может быть предложено фармакологическое вмешательство. BZ и BZRA

- (доказательства среднего качества). Длительное лечение бессонницы седативными антидепрессантами, как правило, не рекомендуется из-за отсутствия доказательств и возможных побочных эффектов / рисков (настоятельная рекомендация, доказательства низкого качества).

- Из-за недостаточных доказательств антигистаминные препараты не рекомендуются для лечения бессонницы (настоятельная рекомендация, доказательства низкого качества).

- Из-за недостаточных доказательств и в свете их побочных эффектов нейролептики не рекомендуются при бессоннице (настоятельная рекомендация, доказательства очень низкого качества).

- Мелатонин обычно не рекомендуется для лечения бессонницы из-за низкой эффективности (слабые рекомендации, доказательства низкого качества).

- Валериана и другие фитотерапевтические средства не рекомендуются для лечения бессонницы из-за недостаточных доказательств (слабые рекомендации, доказательства низкого качества).

- Светотерапия и режимы физических упражнений могут быть полезны в качестве дополнительных методов лечения (слабые рекомендации, некачественные доказательства).

альтернативная медицина • Иглоукалывание, ароматерапия, рефлексология стоп, гомеопатия, медитативные движения, прижигание и йога не рекомендуются для лечения бессонницы из-за недостаточных доказательств (слабые рекомендации, очень некачественные доказательства).

^a Европейское общество исследований сна 2017 г.

et al., 1979, 2002). В дальнейших исследованиях (Frandsen et al., 2014; Дженнум и др., 2015, 2016) изучалась смертность, связанная с применением ВЗ, антидепрессантов и нейролептиков у пациентов с болезнью Паркинсона, деменцией и инсультом. Эти исследования также показали повышенную смертность у тех, кто употреблял психотропные средства.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Наши общие рекомендации по диагностике и терапии бессонницы представлены в таблице 15. Кроме того, клинический алгоритм диагностического и терапевтического процесса кратко представлен на рис. 1.

Пожалуйста, обратите внимание, что эти рекомендации в значительной степени соответствуют рекомендациям по лечению бессонницы Американского колледжа врачей (ACP, 2016). Оба руководства рекомендуют КПТ-I в качестве первой линии лечения бессонницы. Что касается фармакологического лечения бессонницы, в руководстве Американской академии медицины сна была дана "слабая" рекомендация по применению антагонистов рецепторов орексина, BZ, BZRAs, доксепина и рамелтеона для лечения бессонницы (Sateia et al., 2017). Такие вещества, как тразодон, тиагабин, дифенил- гидрамин, мелатонин, триптофан и валериана, в данном руководстве явно не рекомендованы.

МЫ СМОТРИМ В БУДУЩЕЕ

Когнитивно-поведенческая терапия бессонницы, хотя и является средством первой линии лечения бессонницы, нелегко доступна. Предполагается, что только меньшинство пациентов с хронической бессонницей получают это лечение в Европе. Таким образом, широкое внедрение CBT-I станет серьезной задачей на будущее. Помимо врачей и клинических психологов / психотерапевтов, другие медицинские работники (например, медсестры) должны проходить подготовку по CBT-I. Более того, предоставление услуг CBT-I через Интернет может дать шанс улучшить ситуацию со здравоохранением для пациентов с бессонницей в Европе.

Эффективность различных компонентов КПТ-И как самостоятельных вмешательств редко исследовалась или сравнивалась. Таким образом, необходима дополнительная работа по выявлению эффектов этих компонентов в рандомизированных контролируемых исследованиях. Кроме того, влияние КПТ-И на дневную функцию у пациентов с бессонницей практически не исследовалось.

Что касается новых психотерапевтических подходов, необходимы дальнейшие исследования для оценки методов лечения, основанных на осознанности, и гипнотерапии. Кроме того, эти подходы, в дополнение к другим методам, должны быть изучены, особенно у тех, кто не реагирует на традиционную КПТ-I. Например, одно пилотное исследование показало, что Терапия принятия и приверженности (АСТ; Хертен-штайн и др., 2014) может быть полезной альтернативой для тех, кто не отвечает. Другой инновационный подход заключается в

интенсивное восстановление сна (Harris et al., 2012). Этот очень краткий терапевтический подход реализуется в лаборатории сна и может применяться в течение 25 часов. Считается, что он основан на восстановлении сна. Положительные эффекты первого рандомизированного контролируемого исследования (Harris et al., 2012) также поднимают вопросы о потенциале депривации сна в контексте лечения бессонницы.

Что касается наиболее часто используемых препаратов от бессонницы, BZ и BZRAs, то вопрос об эффективности и побочных эффектах длительного лечения должен быть рассмотрен в натуралистических исследованиях. Было бы особенно полезно узнать перед первым назначением, кто из пациентов будет злоупотреблять этими веществами или станет зависимым от них.

Более новые снотворные препараты, такие как рамелтеон или суворексант, были внедрены в систему здравоохранения США, но не в Европе. В частности, остается открытым вопрос, будут ли антагонисты рецепторов орексина доступны на европейском рынке в ближайшем будущем. Другие препараты, которые иногда используются для лечения бессонницы, такие как тиагабин и прегабалин, не подвергались тщательному тестированию

что касается их эффективности и побочных эффектов, то здесь необходимы дополнительные исследования.

Светотерапия и физические упражнения могут быть полезными подходами к лечению бессонницы, и маловероятно, что эти методы лечения вызывают серьезные побочные эффекты. Светотерапия оказывает явное влияние на несколько биологических параметров. В этом контексте также предполагается, что дальнейшие исследования циркадных причин бессонницы могут быть полезны для получения нового понимания ее патофизиологии. Однако, эффективность для людей, страдающих бессонницей, еще предстоит выяснить. Аналогичным образом, физические упражнения являются хорошо зарекомендовавшей себя стратегией улучшения общего состояния здоровья. Однако, оказывает ли это специфическое воздействие на бессонницу, остается неясным.

Совершенно новые методы лечения включают охлаждение мозга и электростимуляцию. Недавно на рынке США было представлено устройство для охлаждения мозга (Nofzinger and Buysse, 2011). В экспериментальных исследованиях было показано, что электростимуляция вызывает медленный сон, и она была протестирована у людей с хорошим и плохим сном со смешанными эффектами (Фрейз и др., 2016, 2017). Необходимо провести и опубликовать дальнейшие исследования эффективности этих методов лечения.

БЛАГОДАРНОСТЯХ

Авторы хотели бы выразить свою благодарность Европейскому обществу исследований сна и его нынешним членам правления (Уолтеру Макниколасу, Тийне Паунио, Тому де Буру, Лино Нобили, Филиппу Пенье, Хансу-Петеру Ландольту, Пьеру-

Эрве Луппи) за оказанное доверие и финансовую поддержку (командировочные расходы на встречу Франкфуртского консенсуса, 31 марта 2017 г.), а также критические отзывы в процессе разработки руководства.

^a Европейское общество исследований сна 2017 г.

Авторы	Оплата выступлений за участие (SE), консультативные советы и консалтинг (ABC).	Финансовая деятельность вне темы	Патенты/ авторские права	Другие несвязанные платежи
Арнардоттир Бальони	лицензионные платежи (R) и т.д. SE: Weinmann ABC: Nox	нет	нет	нет
Бассетти	Medical Нет SE + ABC: Jazz, Servier, UCB, Zambon	Нет Нет	Нет Нет	нет Поддержка исследований: РесМед, Респироникс, Вифор
Бьорватн	R: учебники	Нет	Нет	Фарма, UCB
Гроссель	Нет	Нет	Нет	Pharma Нет
Эллис	R: учебники	Нет	Нет	Нет Нет
Эспи	ABC: UCB pharma SE: Big Health Ltd, Warnford Wellness R: учебные пособия	нет	Акционер и соучредитель Big Health Ltd	Нет
Гарсия-Борреро	Нет	Нет	Нет	Нет
Хьерстад	Нет	Нет	Нет	Нет
Гонсалвес	Нет	Нет	Нет	Нет
Хертенштейн	R.: учебников	Нет	Нет	Нет
Еянссон-Фроймарк	Нет	Нет	Нет	Нет
Jennum	Нет	Нет	Нет	Нет
Leger Nissen	ABC: Biocodex,	Нет	Нет	Нет
Parrino	Philips, Vanda,	Нет	Нет	Нет
Paunio	Actelion, Jazz SE:	Нет	Нет	Нет
Pevernagie	Vanda	Нет	Нет	Нет
Riemann	Pharmaceuticals Нет Нет	Нет	Нет	Нет
Spiegelhalter	Нет ABC: Институты поведенческой	Нет	Нет	Нет
Strazisar	терапии R: учебники	нет	Нет	нет
Verbraecken	R: учебные пособия	Нет Нет	Нет	Нет
Weeß	SE: Институты поведенческой	Нет	Нет	Нет , Нет
Wichniak	терапии Нет Нет	,Нет	Нет	, нет
Zavalko	Нет SE: Анджелини,	,нет	Нет	, нет
Zoetmulder	Сервые, Лундбек	,нет	Нет	, нет,
	Нет Нет	,нет	Нет	нет.

ССЫЛКИ

Эбботт, С. М., Рид, К. Дж. и Зи, П. С. Циркадные расстройства, влияющие на цикл сон-бодрствование. В: М. Крайгер, Т. Рот и У. К. Демент (Ред.) Принципы и практика медицины сна. Эльзевир, Филадельфия.,

-2016: 414 423.

АСР. Лечение хронического расстройства бессонницы у взрослых: клинический практическое руководство Американского колледжа врачей. Ann. Intern. Med., 2016, 165: 125-133.

Анколи-Инсразль, С., Кристал, А. Д., Макколл, В. В. и др. 12-недельная, рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, оценивающее влияние эзопиклона в дозе 2 мг на функцию сна/ бодрствования у пожилых людей первичной и коморбидной бессоннице. Сон. 2010. 33: 225-234.

Андерсон, С. Л. и Ванде Грин, Дж. П. Кветиапин от бессонницы: а

обзор литературы. Ам. J. Система
здравоохранения. Фарм., 2014, 71: 394 402. Анотаиснтави

Т., Реутракул С., Ван Коутер Э. и Таккинстиан,

A. Нарушения сна в сравнении с традиционными факторами риска для

развитие диабета: систематический обзор и метаанализ.

Sleep Med. Rev., 2015, 30: 11-24.

Аткинс Д., Бест Д., Брисс П. А. и др. Оценка качества доказательств и силу рекомендаций. ВМЖ. 2004. 328: 1490-1494.

Бакхаус, Дж. и Риман, Д. Поручи Спанку. Hogrefe Verlag,
Словацкое издание, Тренчин, 2003.

Бальони, К., Шпигельхалдер, К., Ломбардо, К. и Риман, Д. Сон

и эмоции: сосредоточьтесь на бессоннице. Sleep

Med. Rev., 2010, 14: -227 238. Бальони С.,

Баттальязе Г., Фейге Б. и др. Бессонница как предиктор

Депрессия: метааналитическая оценка продольных эпидемиологических-
логические исследования. J. Affect. Disord., 2011, 135: 10 19.

Бальони С., Реген В., Теген А. и др. Изменения сна при

расстройство бессонницы: метаанализ полисомнографического исследования. *Sleep Med. Rev.*, 2014, 18: 195-213.

Бальони, С., Нановска, С., Реген, У. и др. Сон и психические расстройства: мета-анализ полисомнографических исследований. *Psy-*

-chol. Bull., 2016, 142: 969-990.

Баркер, М. Дж., Гринвуд, К. М., Джексон, М. и Кроу, С. Ф.
Сохранение когнитивных эффектов после прекращения длительного приема бензодиазепинов: метаанализ. Свод. Клиника. Нейропсихол., -2004, 19: 437-454.

Бассетти, К., Ферини-Страмби, Л., Адамантидис, А. и др. Неврология и психиатрия: пробуждение к возможностям сна. Eur. J. Neurol., -2015, 10: 1337-1354.

Бастьен, К. Х., Вальер, А. и Морин, К. М. Валидация Индекс тяжести бессонницы как итоговый показатель при бессоннице Исследования. Sleep Med., 2001, 2: 297-307.

Байон В., Леже Д., Гомес-Мерино Н., Векьерини М. Ф. и Ченнауи, М. Недосыпание и ожирение. Энн. Мед., 2014, 46: 264-272. Беланжер Л., Вальер А., Иверс Х., Моро В., Лавин Г. и Морин, К. М. Метаанализ изменений сна в контрольных группах испытания по лечению бессонницы. J. Sleep Res., 2007, 16: 77-84.

Бельвиль, Г., Кузино, Х., Леврье, К. и Сен-Пьер-Делорм, М.
Е. Метааналитический обзор влияния когнитивно-поведенческой терапии бессонницы на сопутствующую тревожность. Клиника. Психол. Rev., 2011, 31: -638-652.

Бент С., Падула А., Мур Д., Паттерсон М. и Мелинг У.
Валериана для сна: систематический обзор и мета-анализ. Am. J. Мед., 2006, 119: 1005-1012.

Bjorvatn, V. En Handbook til deg som Sover Darlig. 2 utgave. Fakhbokforlaget, Oslo, 2013.

Бьорватн, Б., Меланд, Э., Фло, Э. и Милдестведт, Т. Высокая распространенность бессонницы и применения снотворных у пациентов, посещающих свои общие практикующий врач. Семья. Практика., 2017, 34: 20-24.

Бутзин Р. Р. Лечение бессонницы с помощью контроля стимулов. Продолжение. Ам. Психол. Доц., 1972, 7: 395-396.

Борбели, А. А. Двухпроцессная модель регуляции сна. Гол. Нейробиол., 1982, 1: 195-204.

Борбели, А. А. и Ахерманн, П. Гомеостаз сна и модели регулирование сна. J. Biol. Ритмы, 1999, 14: 557-568.

Браам В., Смитс М. Г., Дидден Р., Корзилиус Х., ван Гейлсвейк И. М. и Курфс, Л. М. Экзогенный мелатонин при проблемах со сном у лиц с умственной отсталостью: метаанализ. Dev. Med. Детский невролог., 2009, 51: 340-349.

Бжезинский А., Вангель М. Г., Вуртман Р. Дж. и др. Влияние экзогенного мелатонина на сон: метаанализ. Sleep Med. Rev., -2005, 9: 41-50.

Бушеми, Н., Вандермеер, Б., Хутон, Н. и др. Эффективность и безопасности экзогенного мелатонина при первичных нарушениях сна. Мета-анализ. J. Gen. Интерн. Мед., 2005, 20: 1151-1158.

Бушеми, Н., Вандермеер, Б., Хутон, Н. и др. Эффективность и безопасность экзогенный мелатонин при вторичных нарушениях сна и бессоннице нарушения, сопровождающие ограничение сна: мета-анализ. BMJ, -2006, 332: 385-393.

Бушеми, Н., Вандермеер, Б., Фризен, С. и др. Эффективность и безопасность медикаментозного лечения хронической бессонницы у взрослых: мета-анализ РКМ. J. Gen. Интерн. Мед., 2007, 22: 1335-1350. Бакстон, О. М. и Марчелли, Э.
Короткий и продолжительный сон положительно влияют на ассоциируется с ожирением, диабетом, гипертонией и сердечно-сосудистыми заболеваниями среди взрослых в Соединенных Штатах. Соц. науч.-мед., -2010, 71: 1027-1036.

Буйсс, Д. Дж., Рейнольдс, К. Ф. 3-й, Монк, Т. Х., Берман, С. Р. и Купфер, Д. Дж. Питтсбургский индекс качества сна: новый инструмент для психиатрической практики и исследований. Психиатрия, 1989, 28: -193-213. Бьюйс, Д. Дж., Жермен, А., Моул, Д. Э. и др. Эффективность краткого поведенческое лечение хронической бессонницы у пожилых людей. Арх. Интерн. Мед., 2011, 171: 887-895.

Калем М., Бисла Дж., Бегум А. и др. Повышенная распространенность бессонница и изменения в использовании гипнотических средств в Англии за 15 лет: анализ национальных обследований психиатрической заболеваемости 1993, 2000 и 2007 годов. Сон, 2012, 35: 377-384.

Цао, Х., Пан, Х., Ли, Х. и Лю, Дж. Акупунктура для лечения бессонница: систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований. J. Altern. Дополнение. Мед., 2009, 15: 1171-1186.

Капуччио, Ф. П., Д'Элиа, Л., Страццолло, П. и Миллер, М. А. Количество и качество сна и заболеваемость сахарным диабетом 2 типа: систематический обзор и метаанализ. Лечение диабета, 2010, 33: -414-420. Карни, К.Э.Н., Буйсс, Д. Дж., Анколи-Израэль, С. и др. Консенсус дневник сна: стандартизация перспективного самоконтроля сна. Сон, 2012, 35: 287-302.

Чен, Х. Ю. и Ши, Ю. НГ, К.С., Чан, С.М., Юнг, К.К., Чжан, К. Л.: Лечение бессонницы аурikulярной акупунктурой: систематический обзор. J Altern Complement Med, 2007, 13: 669-676. Ченг С. К. и Дизон Дж. Компьютеризированный когнитивно-поведенческий терапия бессонницы: систематический обзор и метаанализ. Психотер. Психосом., 2012, 81: 206-216.

Чук, Д. К., Енг, В. Ф., Чанг, К. Ф. и Вонг, В.
Иглоукальвание при бессоннице. Система базы данных Кокрейна. Rev., 2012, 9: CD005472. Шуварда И., Освальдо-Мендес М., Росссо В. и др. Циклическое изменение-закономерности взаимодействия при нормальном сне и бессоннице: различия в структуре и содержании. Перевод IEEE. Нейронная система. Реабилитация. Англ., 2012, -20: 642-652.

Кристенсен, Х., Баттерхэм, П. Дж., Гослинг, Дж. А. и др. Эффективность онлайн-программы по борьбе с бессонницей (SHUTi) для профилактики депрессивных эпизодов (исследование GoodNight study): рандомизированное контролируемое исследование. Психиатрия Ланцета, 2016, 3: 333-341.

Когрс С. Нарушения сна у пациентов с шизофренией: влияние и эффекты нейролептиков. Препараты для лечения ЦНС, 2008, 22: 939-962. Коллинз П. Я., Патель В., Джостл С. С. и др. Грандиозные вызовы в мире психическое здоровье. Природа, 2011, 475: 27-30.

Кулер К. Л. и Релтон С. Гомеопатия при бессоннице: систематический обзор научных данных. Sleep Med. Rev., 2010, 14: 329-337.

Крейн Р. С., Брюер Дж., Фельдман С. и др. Что определяет осознанность-программы, основанные на нессе? Основа и уток. Психол. Мед., -2017, 47: 990-999.

Дейли М., Морен К. М., Леблан М., Грегуар Дж. П. и Савар Дж.
Экономическое бремя бессонницы: прямые и косвенные затраты для лиц с синдромом бессонницы, симптомами бессонницы и крепко спящие. Сон, 2009, 32: 55-64.

Дассанаяке, Т., Мичи, П., Картер, Г. и Джонс, А. Эффекты влияние бензодиазепинов, антидепрессантов и опиоидов на вождение автомобиля: систематический обзор и мета-анализ эпидемиологии и экспериментальные данные. Фармацевтическая промышленность., 2011, 34: 125-156.

Devoto, A. and Violani, C. Curare l'Insonnia Senza Farmaci. Коракки Faber, Roma, 2009.

DSM-5. Руководство по диагностике и статистике психических расстройств. Американская психиатрическая ассоциация, Вашингтон, DC, 2013.

Давар, Ю. Дош, С., Стробл, Дж., Боланд, А., Диксон, Р. и Уолли, Т. Сравнительная эффективность новых снотворных препаратов в краткосрочном периоде лечение бессонницы: систематический обзор и мета-анализ. Нум. Психофармакол., 2004, 19: 305-322.

Эллис, Дж. Дж., Герман, П., Эспи, К. А., Риман, Д. и Перлис, М. Л.
Острая бессонница: текущие концепции и направления на будущее. Sleep Med. Rev., 2012a, 16:52.

Эллис, Дж. Дж., Перлис, М. Л., Нил, Л., Эспи, К. А. и Бастьен, К. Х.
Естественная история бессонницы: сосредоточиться на распространенности и частоте от острой бессонницы. J. Психиатр. Отв., 2012b, 46: 1278-1285.

Эллис Дж. Дж., Кушинг Т. и Жермен А. Лечение острой бессонницы: а рандомизированное контролируемое исследование "одноразовой" когнитивно-поведенческой терапии Бессонница. Сон, 2015, 38: 971-978.

Эрнст Э., Ли М. С. и Чой Т. Ю. Иглоукальвание при бессоннице? В обзор систематических обзоров. Eur. J. Gen. Практика., 2011, 17: 116-123. Эспи, К. А. Бессонница: концептуальные проблемы в развитии, сохранение и лечение нарушений сна у взрослых. Ежегодник. Rev. Psychol., 2002, 53: 215-243.

^a 2017 Европейское общество исследований сна

Эспи, К. А., Брумфилд, Н. М., Мак-Магон, К. М., Макфи, Л. М.

и Тейлор, Л. М. Путь "внимание-намерение-усилие" в развитии психофизиологической бессонницы: теоретический обзор. -Sleep Med. Rev., 2006, 10: 215-245.

Espie, C. A., MacMahon, K. M. A., Kelly, H. L. и др. Рандомизированных клиническая эффективность судебной медсестры в ведении малых групп винтик-инфинитив-поведенческая терапия для бессонницы общей практики. -Сон, 2007, 30: 574-584.

Эспи, К. А., Кайл, С. Д., Уильямс, К. и др. Рандомизированное плацебо-контролируемое испытание онлайн-когнитивно-поведенческой терапии хронического расстройства бессонницы, проводимое через автоматизированную сеть, богатую медиа-приложение. Сон, 2012, 35: 769-781.

Факко Э. Медитация и гипноз: две стороны одной медали? В частности. Дж. Клин. Опыт. Гипн., 2017, 65: 169-188.

Фараут Б., Тушетт Э., Гэмбл Х. и др. Короткая продолжительность сна и повышенный риск гипертонии: медицинское исследование первичной медицинской помощи. Дж. Гипертенс., 2012, 30: 1354-1363.

Фейге Б., Аль-Шаджливи А., Ниссен К. и др. Происходит ли фаза быстрого сна влияет на субъективное время бодрствования при первичной бессоннице? Сравнение полисомнографического и субъективного сна у 100 пациентов. J. Sleep Res., 2008, 17: 180-190.

Feige, B., Baglioni, C., Spiegelhalter, K., Hirsch, V., Nissen, C. and Риман Д. Микроструктура сна при первичной бессоннице: анализ обзор и расширение. Int. J. Психофизиология., 2013, 89: 171-180. Фернандес-Мендоса, Дж. Бессонница с короткой продолжительностью сна фенотип: обновленная информация о его важности для здоровья и профилактики. Curr. Мнение. Психиатрия, 2017, 30: 56-63.

Фернандес-Сан-Март н., М. I., Масафонт Р., Паласиос-Солер Л., Санчо-Гомес П., Кальбо-Кальдентей К. и Флорес-Матео Г. Эффективность валерианы при бессоннице: метаанализ рандомизированных плацебо-контролируемых исследований. Sleep Med., 2010, 11: 505-511.

Феррариоли-Ода, Э., Кавасми, А. и Блох, М. Х. Метаанализ:

мелатонин для лечения первичных нарушений сна. PLoS ONE, 2013, 8: e63773. Франдсен Р., Баандруп Л., Кьельберг Дж., Ибсен Р. и Дженнум П.

Повышенная смертность от всех причин при приеме психотропных препаратов при болезни Паркинсона и контроле: исследование на основе национального регистра. Отношение к паркинсонизму. D., 2014, 20: 1124-1128.

Фрейз, Л., Пьошик, Х., Циттель, С. и др. Модуляция возбуждения и непрерывность сна с помощью транскраниальной стимуляции постоянным током (tDCS). Нейропсихофармакология, 2016, 41: 2577-2586.

Фрейз, л., Selhausen, П. Крона, Л. и соавт. Транскраниальная прямой ток стимуляции (ВЦП) в расстройство, бессонница. Сон, 2017, (представлено). Гейгер-Браун, Дж. М., Роджерс, В. Э., Лью, У., Людеман, Э. М.,

Даунтон К. Д. и Диас-Абад М. Когнитивно-поведенческая терапия у лиц с коморбидной бессонницей: метаанализ. Sleep Med. Откр., 2015, 23: 54-67.

Гейлсвейк, И. М., Корзилиус, Х. П. и Смитс, М. Г. Использование экзогенный мелатонин при расстройстве фазы замедленного сна: мета-обзор-анализ. Сон, 2010, 33: 1605-1614.

Гласс, Дж., Ланкто, К. Л., Германи, Н., Спроул, Б. А. и Бусто, США.

Седативные снотворные средства у пожилых людей с бессонницей: метаанализ рисков и преимуществ. BMJ, 2005, 331: 1169.

Гун Х, Ни, К. Х., Лю, Ю. З. и др. Медитация осознанности для бессонница: метаанализ рандомизированных контролируемых исследований. J. -Психосом. Рез., 2016, 89: 16.

Гуле Ж., Шалу Л. и Нпо Т. Л. Практическое руководство по

le traitement de l'insomnie. 2013. <https://tccmontreal.файлы.wordpress ss.com/2014/01/guide-de-pratique-insomnie-final-21sept-2013.pdf>

Густавссон А., Свенссон М., Якоби Ф. и др. Стоимость нарушений мозг в Европе, 2010. Евро.

Нейропсихофармакол., 2011, 21: -718-779. Гайатт Г. Х.,

Оксман А. Д., Вист Г. Е. и др. КЛАСС: развивающийся

консенсус в отношении оценки качества фактических данных и силы рекомендаций. mendations. BMJ, 2008, 336: 924-926.

Халлфорс, Д. Д. и Саксен, Л. Потенциал зависимости короткой половины-бензодиазепины life: метаанализ. А. М. Дж. Общественное здравоохранение, 1993, -83: 1300-1304.

Харрис Дж., Лак Л., Кемп К. и др. Рандомизированное контролируемое исследование интенсивный сна переподготовки (ИСП): краткая лечение волос для хроническая бессонница. Сон, 2012, 35: 49-60.

Харви А. Г. Когнитивная модель бессонницы. Поведение. Отв. Там же., -2002, 40: 869-893.

Хаури, П. Дж. Тематические исследования по бессоннице. Полный медицинский справочник Компания, Нью-Йорк, 1991.

Хаури, П. Дж. и Фишер, Дж. Стойкий психофизиологический (изученный) бессонница. Сон, 1986, 9: 38-53.

Хертенштейн Э., Тиль Н., Лукинг М. и др. Улучшение качества жизни-улучшения после терапии принятия и приверженности (АСТ) у лиц, не реагирующих на когнитивно-поведенческую терапию первичной бессонницы- pia (CBT-I). Психотер. Психосом., 2014, 83: 371-373.

Hertenstein, E., Spiegelhalter, K., Johann, A. and Riemann, D.

Prävention und Psychotherapie der Insomnie. Кольхаммер, Штутгарт, 2015. Хо, Ф. Я., Чанг, К. Ф., Енг, В. Ф. и др. Когнитивные навыки самопомощи-

поведенческая терапия бессонницы: мета-анализ рандомизированных контролируемые исследования. Sleep Med. Rev., 2015, 19: 17-28.

Хо, Ф. И., Чан, К. С. и Тан, К. Н. Когнитивно-поведенческая терапия для лечения нарушений сна при посттравматическом стрессовом расстройстве симптомы: метаанализ рандомизированных контролируемых исследований. Клиника. -Психол. Rev., 2016, 43: 90-102.

Хоффманн Ф. Преимущества и риски бензодиазепинов и Z-препаратов: сравнение восприятия врачей общей практики и местных фармацевтов в Германия. Гер. мед. наук, 2013, 11:17.

Холбрук А. М., Кроутер Р., Лоттер А., Ченг К. и Кинг Д.

Метаанализ использования бензодиазепинов при лечении бессонницы. CMAJ, 2000, 162: 225-233. Хробьяртссон, А. и Гетцше, П. К. Бессильно ли плацебо? N.

Англ. J. Med., 2001, 344: 1594-1602.

Хак Ю. К., Хаббард Дж. и Бургин П. Циркадный ритм сна

лечение. В: Расстройства К. Бассетти, З. Догаса и П. Пенье (Ред.) Учебник по медицине сна. Европейское общество исследований сна-ety, Regensburg, 2014: 357-367.

Уэдо-Медина, Т. Б., Кирш, И., Миддлмасс, Дж., Клонизакис, М. и

Сиривардена, А. Н. Эффективность небензодиазепиновых гипотензивных средств в лечении бессонницы у взрослых: мета-анализ данных, представленных в Управление по контролю за продуктами питания и лекарствами. BMJ, 2012, 345: e8343. Юпин Д., Рош Ф., Гremo В. и др. Даже низкая доза

физическая активность от умеренной до интенсивной снижает смертность на 22% в взрослые в возрасте 60 лет: систематический обзор и мета-анализ.

J. Sports Med., 2015, 49: 1262-1267.

Хван Э. и Шин С. Влияние ароматерапии на сон

Улучшение: систематический обзор литературы и мета-анализ. J. Altern. Дополнение. Мед., 2015, 21: 61-68.

МКБ-10 (Международная статистическая классификация болезней и

Связанные проблемы со здоровьем). Kapitel V - F 51.0 Nichtorganische Insomnie. B03, Hans Huber Verlag, Бепн, 1992. МКVP-3 (Международная классификация нарушений сна ICDSD-3).

Американская ассоциация медицины сна, Дартмут, Иллинойс, 2014.

Ирвин, М. Р., Коул, Дж. К. и Никасио, П. М. Сравнительная мета-диагностика-

анализ поведенческих вмешательств при бессоннице и их эффективности. у взрослых среднего возраста и у пожилых людей в возрасте 55 лет. Здравоохранение -Психол., 2006, 25:33.

Дженнум, П., Баандруп, Л., Ибсен, Р. и Кьельберг, Дж. Увеличили все-

причины смертности при применении психотропных препаратов у пациентов с деменцией пациенты и контрольная группа: популяционное регистрационное исследование. Евро. Нейропсихофармакол., 2015, 25: 1906-1913.

Дженнум, П., Баандруп, Л., Иверсен, Х. К., Ибсен, Р. и Кьельберг, Дж.

Смертность и использование психотропных препаратов у пациентов с инсультом: популяционное исследование на основе регистра. BMJ Open, 2016, 6: e010662. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010662>.

Есперсен К. В., Кениг Дж., Дженнум П. и Вууст П. Музыка для

бессонница у взрослых. Система базы данных Cochrane.

Rev., 2015, 8: CD010459. Джонсон Дж. А.,

Раш Дж. А., Кэмпбелл Т. С. и др. Систематический

обзор и мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований когнитивно-поведенческой терапии бессонницы (CBT-I) при онкологических заболеваниях. - жизнь. Sleep Med. Rev., 2016, 27: 20-28.

Джойя, Ф. Л., Крипке, Д. Ф., Лавинг, Р. Т., Доусон, А. и Клайн, Л. Э.

Метаанализы снотворных средств и инфекций:

эзопиклона, рамел- теона, залеплона и золпидема.

J. Clin. Sleep Med., 2009, 5: 377-383. Канен

Дж. У., Назир Р., Седки К. и Прадхан Б. К. Эффекты

вмешательства при нарушениях сна, основанные на осознанности:

мета- анализ. Подростковый возраст. Психиатрия, 2015, 5:

105-115. Капил В., Грин Дж. Л., Ле Лайт К., Вуд Д. М. и Дарган П. И.

Злоупотребление бензодиазепинами и Z-препаратами в Великобритании. Br. J.

Психиатрия, 2014, 205: 407-408.

Коффель Э. А., Коффель Дж. Б. и Герман П. Р. Метаанализ

групповой когнитивно-поведенческой терапии бессонницы. Sleep Med. Rev.,

-2015, 19: 6-16.

Кредлоу, магистр медицины, Капоццоли, магистр медицины, Хирон, бакалавр медицины, Калкинс, А. В. и

Отто, М. В. Влияние физической активности на сон: метаанализ-

аналитический обзор. J. Behavior. Med., 2015, 38: 427-449.

Крипке Д. Ф. Вызывают ли снотворные смерть и рак? Время

proof Sleep Med., 2009, 10: 275-276.

Крипке, Д. Ф. Связана ли бессонница со смертностью? Сон, 2011, 34:

555.

Крипке, Д. Ф. Удивительный взгляд на бессонницу и снотворные. Сон,

-2013, 36: 1127-1128.

Крипке, Д. Ф., Саймонс, Р. Н., Гарфинкель, Л. и Хаммонд, Э. К. Шорт

а также длительный сон и снотворные таблетки. Связан ли с этим повышенный уровень смертности? Арх. Быт. Психиатрия, 1979, 36: 103-116.

Крипке Д. Ф., Гарфинкель Л., Вингард Д. Л., Клаубер М. Р. и Марлер,

Смертность от МС, связанная с продолжительностью сна и бессонницей. Свод.

Gen. Психиатрия, 2002, 59: 131-136.

Кристал, А. Д., Уолш, Дж. К., Ласка, Э. и др. Устойчивая эффективность

eszopiclone за 6 месяцев ночные лечения: результаты

рандомизированного, двойного слепого, плацебо-контролируемого исследования у взрослых с хронической бессонницы. Сон, 2003, 26: 793-799.

Кристал, А. Д., Эрман, М., Заммит, Г. К., Субрейн, К. и Рот, Р.

Долгосрочная эффективность и безопасность золпидема пролонгированного действия

в дозе 12,5 мг, вводимого 3-7 раз в неделю в течение 24 недель, у пациентов с

хронической первичной бессонницей: 6-месячное рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое многоцентровое исследование с параллельными группами.

Сон, 2008, 31: 79-90.

Кристал, А. Д., Дарренс, Х. Х., Шарф, М. и др. Эффективность и безопасность

доксепин 1 мг и 3 мг в 12-недельном лабораторном исследовании

сна и амбулаторном исследовании пожилых пациентов с

хронической первичной бессонницей. Сон, 2010, 33:

1553-1561. Курияма А., Хонда М. и Хаяшино Ю. Рамелтеон для

лечение бессонницы у взрослых: систематический обзор и мета-анализ-

анализ. Sleep Med., 2014, 15: 385-392.

Кайл, С. Д., Морган, К., Шлигельхолдер, К. и Эспи, К. А. Боли нет,

безрезультатно: исследовательская оценка с использованием смешанных методов

внутри субъектов опыта пациентов, получавших терапию ограничения сна (SRT) в Швеции

бессонница. Sleep Med., 2011, 12: 735-747.

Кайл, С. Д., Миллер, К. Б., Роджерс, Э., Сиривардена, А. Н., МакМахон,

К. М. и Эспи, С. А. Терапия с ограничением сна при бессоннице связана

с уменьшением объективного общего времени сна, увеличением дневной

сонливости и объективным нарушением бдительности: последствия для клинического лечения расстройства, связанного с бессонницей..... Спать,

-2014, 37: 229-237.

Кайл С. Д., Акино М. Р., Миллер К. В. и др. На пути к стандартизации.

и улучшенное понимание терапии ограничения сна при

расстройстве бессонницы: систематическое изучение содержания

исследования CBT-I. Sleep Med. Rev., 2015, 23: 83-88.

Лам, Т. Х., Чанг, К. Ф., Енг, В. Ф., Ю, Б. Я., Юнг, К. П. и

Нг, Т. Х. Гипнотерапия бессонницы: систематический обзор и метаанализ рандомизированных контролируемых исследований. Дополнение. Там же.

-Мед., 2015, 23: 719-732.

Лан, Ю., Ву, Х., Тан, Х. Дж. и др. Аудикулярная акупунктура семенами

или насадками в виде гранул при первичной

бессоннице: систематический обзор и мета-анализ. Альтернативный

комplement BMC. Med., 2015, 15: 103.

Логсанд, Л. Э., Ваттен, Л. Дж.,

Плату, К. и Янски, И. Риск бессонницы и риска инфаркта миокарда: популяционное исследование.

-Циркуляция, 2011, 124: 2073-2081.

Логсанд, Л. Э., Стрэнд, Л. Б., Плату, К., Ваттен, Л. Дж. и Янски, И.

Бессонница и риск развития сердечной недостаточности:

популяционное исследование. Eur. Heart J., 2014a, 35: 1382-1393.

Логсанд, Л. Э., Стрэнд, Л. Б., Ваттен, Л. Дж., Янски, И. и

Бьернгаард, Дж. Х. Симптомы бессонницы и риск непреднамеренного возникновения

смертельных травм - исследование ХАНТА. Сон, 2014b, 37: 1777-1786.

Лич, М. Дж. и Пейдж, А. Т. Фитотерапия от бессонницы: а

систематический обзор и мета-анализ. Sleep Med.

Rev., 2015, 24: -1-12. Ли С. Х. и Лим С. М.

Иглоукальвание при бессоннице после инсульта: а

систематический обзор и метаанализ. Альтернативный

комplement BMC. Med., 2016, 16: 228.

Ли Дж., Хан М., Чанг Ю., Ким Дж. и Чой Дж.

рефлексология при усталости, сне и боли: систематический обзор и

метаанализ. J. Корейская

Лежее, Д., Гийемино, К., Дрейфус, Дж. П., Делахай, К. и Пайяр,

-2010, 14: 379-389.

Леже, Д., Гийемино, К., Дрейфус, Дж. П., Делахай, К. и Пайяр,

М. Распространенность бессонницы при опросе 12 778 взрослых

во Франции. J. Sleep Res., 2000, 9: 35-42. Леже, Д.,

Байон, В., Охайон, М. М. и др. Бессонница и несчастные случаи:

перекрестное исследование (EQUINOX), посвященное связанным со сном домашним происшествиям, несчастным случаям на работе и автомобильным авариям у 5293 испытуемых с бессонницей из десяти.

страны. J. Sleep Res., 2014, 23: 143-152.

Левенсон, Дж. К., Кей, Д. Б. и Буйсс, Д. Дж. Патология

бессонница. Грудь, 2015, 147: 1179-1192.

Ли, М., Чжан, Х. В., Хоу, В. С. и Тан, З. Ю. Бессонница и риск развития

сердечно-сосудистые заболевания: метаанализ когортных исследований. Инт. J.

-Кардиол, 2014, 176: 1044-1047.

Лиллехей, А. С. и Халкон, Л. Л. Систематический обзор влияния

вдыхаемых эфирных масел на сон. J. Альтернативный вариант. Дополнение. Мед., 2014,

-20: 441-451.

Лю, Дж. и Ван, Л. Н. Рамелтеон в лечении хронических заболеваний

бессонница: систематический обзор и мета-анализ. Int. J. Clin. Практика.,

-2012, 66: 867-873.

Лю, Т. З., Сюй, К., Рота, М. и др. Продолжительность сна и риск всех причин

смертность: гибкая, нелинейная мета-регрессия 40 проспективных

когортных исследований. Sleep Med. Rev., 2017, 32: 28-36.

Малик С., Канвар А., Сим Л. А. и др. Связь между сном

нарушения и суицидальное поведение у пациентов с

психиатрическими диагнозами: систематический

обзор и мета-анализ. Сист. С. изм., 2014, 3: 18. Мэллон,

л., Броман Ю. Е., Akerstedt, Т. и Хетта, И. Бессонница в

популяционный опрос. Нарушение сна.,

2014, 2014: 843126. Маршалл Дж.,

Хильдебрандт С., Сюдов Х. и Нолтинг Х. Д.

Gesundheitsreport 2017 (DAK Report).

Medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2017. Mayer, G.,

Wang-Weigand, S., Roth-Schechter, B., Lehmann, R.,

Станер С. и Партинен М. Эффективность и безопасность 6-месячного ночного

приема рамелтеона взрослыми с хронической первичной бессонницей.

-Sleep, 2009, 32: 351-360.

Майер Г., Дженнум П., Риман Д. и Довилье Ю. Бессонница у

центральные неврологические заболевания

возникновение и лечение. Сон

Med. Rev., 2011, 15: 369-378.

Макколл, В. В., Д'Агостино, Р. Младший и Данн, А. Метаанализ изменений сна, связанные с плацебо в клинических испытаниях гипноза. -Sleep Med., 2003, 4: 57-62.

Макклири Дж., Коэн Д. А. и Шарпли А. Л. Фармакотерапия

для лечения нарушений сна при болезни Альцгеймера.

База данных Кокрейна Syst. Rev., 2014, 3: CD009178. Мэн

Л., Чжэн Ю. и Хуэй Р. Взаимосвязь продолжительности сна

и связь бессонницы с риском развития артериальной гипертензии: метаанализ

проспективные когортные исследования. Гипертенс. Отв. ред., 2013, 36:

985-995. Майкельсон Д., Снайдер Э., Паради Э. и др. Безопасность и эффективность

суворексанта в течение 1 года лечения бессонницы с последующим

резким прекращением лечения: рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое

исследование фазы 3. Lancet Neurol., 2014, 13: 461-471.

Миллер К. Б., Эспи К. А., Эпштейн Д. Р. и др. Доказательная база

терапии ограничения сна для лечения расстройства бессонницы. Sleep Med.

-Откр., 2014, 18: 415-424.

Митчелл, доктор медицинских наук, Герман, П., Перлис, М. и Умшайд, С. А.

Сравнительная эффективность когнитивно-поведенческой терапии

при бессоннице: систематический обзор. BMC Fam. Практика.,

2012, 13: 40. Монтомери П. и Деннис Дж. Систематический обзор не-

фармакологические методы лечения проблем со сном в дальнейшей жизни. Сон

-Мед. издание, 2004, 8: 47-62.

Монти Дж. М. и Монти Д. Сон у пациентов с шизофренией и

эффекты антипсихотических препаратов.

Sleep Med. Rev., 2004, 8: 133-148. Монти Дж.,

Тортероло П. и Панди-Перумаль С. Р. Эффекты

нейролептики второго поколения у здоровых испытуемых и пациентов

при шизофрении. Sleep Med. Rev., 2017, 33: 51-57.

Морин, К. М. Бессонница. Guildford Press, Нью-Йорк, 1993.

Морин, К. М. и Эспи, К. А. Бессонница

Оценке и лечению. Спрингер, Нью-Йорк, 2004.

Морин, К. М., Калберт, Дж. П. и Шварц, С. М. Нефармакологические

вмешательства при бессоннице: метаанализ эффективности лечения.

Ам. J. Психиатрия, 1994, 151: 1172-1180.

Морин, К. М., Колекки, К., Стоун, Дж., Суд, Р. и Бринк, Д.

Поведенческая и фармакологическая терапия бессонницы в пожилом возрасте:

рандомизированное контролируемое исследование. JAMA, 1999, 281: 991-999.

Морен, К. М., Беланже, Л., Леблан, М. и др. Естественная история

бессонница: популяционное 3-летнее лонгитюдное исследование. Свод.

-Стажер. Мед., 2009а, 169: 447-453.

Морин, К. М., Валььер, А., Гуай, Б. и др. Когнитивно-поведенческий аспект

терапии, отдельно или в сочетании с медикаментозным лечением, при стойкой

бессоннице: рандомизированное контролируемое исследование. JAMA, 2009b, 301:

-2005-2015.

Мурта, Д. Р. и Гринвуд, К. М. Определение эффективного психоанализа-

логические методы лечения бессонницы: метаанализ. J. Consult. Клиника.

-Psychol., 1995, 63: 79-89.

Национальные институты здравоохранения. Национальные институты состояния здоровья

Заявление научной конференции о проявлениях и лечении хронической

бессонницы у взрослых 13-15 июня 2005 г. Сон, 2005 г.,

-28: 1049-1057.

Ни, Х., Шергис, Дж. Л., Го, Х. и др. Обновленные клинические данные о

Китайская фитотерапия от бессонницы: систематический обзор и

метаанализ рандомизированных контролируемых исследований. Sleep Med., 2015,

-16: 1462-1481.

de Niet, G., Tiemens, B., Lendemeijer, B. and Hutschemaekers, G.

Расслабление с помощью музыки для улучшения качества сна: метаанализ.

-J. Adv. Нурс., 2009, 65: 1356-1364.

Ноззингер Э. и Буйссе Д. Дж. Лобный церебральный теплообмен как

лечение бессонницы: исследование с учетом диапазона

доз. Сон, 2011, 34. Реферативное приложение: A0534.

Новак М., Мукси И., Шапиро К. М., Ретели Дж. и Копп М. С.

Более широкое использование медицинских услуг страдающими бессонницей

эпидемиологическая перспектива. J. Psychosom.

Res., 2004, 56: 527-536. Новелл, П. Д., Мазумдар,

С., Буйсс, Д. Дж., Дью, М. А., Рейнольдс, С.

Ф. 3-й и Кулфер Д. Дж. Бензодиазепины и зоплидем при хронических заболеваниях

бессонница: метаанализ эффективности лечения. JAMA, 1997, 278:

-2170-2177.

Охайон, М. М. Эпидемиология бессонницы: что мы знаем и для чего

нам все еще нужно учиться. Sleep Med. Rev., 2002, 6: 97-111.

Охайон, М. М. и Партинен, М. Бессонница и глобальный сон

неудовлетворенность в Финляндии. J. Sleep Res., 2002, 11: 339-346.

Охайон М. М. и Сагалес Т. Распространенность бессонницы и сна

характеристик населения Испании в целом. Sleep Med.,

-2010, 11: 1010-1018.

Охайон М. М. и Смирн С. Распространенность и последствия

расстройства, связанные с бессонницей, у населения Италии в целом. Sleep Med.,

-2002, 3: 115-120.

Окаджима И., Комада Ю. и Иноуэ Ю. Метаанализ

эффективность когнитивно-поведенческой терапии при первичной

бессоннице. Биология сна. Ритмы, 2011, 9: 24-34.

Осорио, Р. С., Пирраглия, Э., Агуэра-Ортис, Л. Ф. и др. Повышенный риск

Болезнь Альцгеймера у пожилых людей с бессонницей. J. Am. Geriatr.

-Сокр., 2011, 59: 559-562.

Озминковский Р. Дж., Ванг С. и Уолш Дж. К. Прямые и

косвенные затраты на нелеченную бессонницу у взрослых в Соединенных Штатах.

-Сон, 2007, 30: 263-273.

Пайва, Т. Бом Соно, боа Вида. Officina do Livro. Cruz Quebrada,

Лиссабон, 2008.

Palagini, L., Bruno, R. M., Gemignani, A., Baglioni, C., Ghiadoni, L.

и Римана, Д. потеря сна и артериальной гипертензии: систематический

комментарий. Curr. Фарм. Des., 2013, 19: 2409-2419.

Паладжини Л., Бибер К. и Риман Д. Генетика бессонницы

доказательства эпигенетических механизмов?

Sleep Med. Rev., 2014, 18: -225-235. Паллесен

С., Нордхус И. Х. и Квале Г. Нефармакологические

вмешательства при бессоннице у пожилых людей: метаанализ

эффективности лечения. Психотерапия. Теория отв. ред. Практика. Поезд., 1998,

-35: 472-482.

Паллесен С., Нордхус И. Х., Нильсен Г. Х. и др. Распространенность

бессонница у взрослого населения Норвегии.

Сон, 2001, 24: 771-779. Паллесен С.,

Бьорватн Б., Нордхус И. Х., Сивертсен Б., Хьерневик М.

и Морен, К. М. Новая шкала для измерения бессонницы: бергенский

шкала бессонницы. Восприятие. Мот. Навыки, 2008, 107: 691-706.

Паллесен С., Сивертсен Б., Нордхус И. Х. и Бьорватн Б. 10-летний

тенденция распространенности бессонницы среди взрослого населения Норвегии.

-Sleep Med., 2014, 15: 173-179.

Палмаро, А., Дюпи, Ж. и Лапейр-Местр, М. Бензодиазепины

и риск смерти: результаты двух крупных когортных исследований во Франции

и Великобритании. Евро. Нейропсихофармакол., 2015, 25: 1566-1577.

Паррино Л., Смерьерри А., Джилья Ф., Милиоли Г., Де Паолис Ф. и

Терзано М. Г. Полисомнографическое исследование прерывистого

лечения зоплидемом при первичной бессоннице для поддержания

сна. Клиника. Неврология-снорхатасол., 2008, 31: 40-50. Патель,

С. Р. и Ху, Ф. Б. Короткая продолжительность сна и увеличение веса: а

систематический обзор. Ожирение, 2008, 16: 643-653.

Паунио, Т., Корхонен, Т., Хаблин, С. и др. Плохой сон предсказывает

симптомы депрессии и выход на пенсию по инвалидности из-за депрессии.

-Сон. Дж. Аффект. Разлад., 2015, 172: 381-389.

Перлис, М. Л., Джайлс, Д. Э. Н., Мендельсон, В. Б., Бутзин, Р. Р. и

Уайатт, Дж. К. Психофизиологическая бессонница: поведенческая модель

и нейрокогнитивная перспектива. J. Sleep

Res., 1997, 6: 179-188. Перлис, М. Л., Макколл,

В. В., Кристал, А. Д. и Уолш, Дж. К. Лонг-

длительное применение зоплидема не каждую ночь при лечении

пациентов с первичной бессонницей. J.

Clin. Психиатрия, 2004, 65: 1128

1137.

Перлис, М. Л., Юнгквист, К.,

Смит, М. Т. и Повер Д. Дж. Бессонница. Спрингер, Нью-Йорк, 2005.

Пиджен В. Р., Пинкварт М. и Коннер К. Метаанализ сна

нарушения и суицидальные мысли и поведение. Дж.

Клин. Психотерапевт атри, 2012, 73: 1160-1167.

Пиллаи В., Рот Т., Перс Т., Мосс К., Петерсон Э. Л. и Дрейк, С. Л. Эффективность агонистов бензодиазепиновых рецепторов в лечении бессонницы: изучение ответа и частоты ремиссии / Сон, 2017; 40 doi: 10.1093 / sleep / zsw044 Рэндалл С., Перс Т. А. и Рот Т. Эффективность восьмимесячного зопидама на ночь: проспективное плацебо-контролируемое исследование. Сон, 2012, 35: 1551-1557.

Репорт М. Дж., Ланкотт К. Л., Стрейнер Д. Л. и др. Бензодиазепин использование и вождение автомобиля: метаанализ / Дж. Клин. Психиатрия, 2009, 70: 663-673. Риман Д. и Ниссен С. Сон и психотропные препараты. В: С. М.

Морин и К. А. Эсли (Ред.) Оксфордский справочник по сну и его расстройствам. Издательство Оксфордского университета, Оксфорд, 2012: 190-222.

Риман Д. и Перлис М. Л. Методы лечения хронической бессонницы: обзор агонистов бензодиазепиновых рецепторов и психологической и поведенческой терапии. Sleep Med. Rev., 2009, 13: 205-214.

Риманн Д. и Водерхольцер У. Первичная бессонница: фактор риска для развивается депрессия? J. Аффект. Расстройство, 2003, 76: 255-259.

Riemann, D., Spiegelhalter, K., Feige, B. et al. Сверхвозбуждение модель бессонницы: обзор концепции и ее доказательств. Сон Med. Rev., 2010, 14: 19-31.

Riemann, D., Spiegelhalter, K., Nissen, C., Hirschler, V., Baglioni, C. и Фейддж, Б. Нестабильность быстрого сна новый путь к б Фармакопсихиатрия, 2012, 45: 167-176.

Риман, Д., Ниссен, К., Паладжини, Л., Отте, А., Перлис, М. Л. и Spiegelhalter, K. Нейробиология, исследование и лечение хронической бессонницы. Lancet Neurol., 2015, 14: 547-558.

Риман Д., Баум Э., Корс С. и др. S-3 Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel Insomnie bei Erwachsenen (AWMF Registriernummer 063-003), Update 2016. Сомнология, 2017, 20: 2-44. Риттербранд, Л. М., Торндайк, Ф. П., Гондер-Фредерик, Л. А. и др.

Эффективность поведенческого вмешательства на основе Интернета для взрослых с бессонницей. Arch. Gen. Психиатрия, 2009, 66: 692-698.

Перс, Т. А., Рэндалл, С., Харрис, Э., Маан, Р. и Рот, Т. Твелли многомесячный прием зопидама по ночам не приводит к увеличению дозы: проспективное плацебо-контролируемое исследование. Сон, 2011, 34: 207-212. Рот Т., Уолш Дж. К., Кристал А., Вессел Т. и Перс Т. А. и др.

оценка эффективности и безопасности эзопиклона в течение 12 месяцев у пациентов с хронической первичной бессонницей. Сон Мед., 2005, 6: 487-495.

Сапер, К. Б., Скаммелл, Т. Э. и Лу, Дж. Гипоталамическая регуляция сна и циркадных ритмов. Nature, 2005, 437: 1257-1263.

Саррис Дж. и Бирн Г. Дж. Систематический обзор бессонницы и комплементарная медицина. Sleep Med. Rev., 2011, 15: 99-106.

Сатия, М. Дж., Буйсс, Д. Дж., Кристал, А. Д., Нойбауэр, Д. и Хилд, Дж. Л. Руководство по клинической практике фармакологического лечения хронической бессонницы у взрослых: руководство по клинической практике Американской академии медицины сна / Дж. Клин. Sleep Med., 2017, 13: 307-349. Шлак Р., Ханке У., Маске У., Буш М. и Корс С.

Häufigkeit und Verteilung von Schlafproblemen und Insomnie in der deutschen Erwachsenenbevölkerung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung, 2013, 56: 740-748. Sexton, C. E., Storsve, A. B., Walhovd, K. B., Johansen-Berg, H. and

Фьелл, А. М. Плохое качество сна связано с усилением кортикальной атрофии у взрослых, проживающих по месту жительства. Неврология, 2014, 83: 967-973. Сейфферт М., Лагисетти П., Ландграф Дж. и др. Предоставлено через Интернет.

когнитивно-поведенческая терапия для лечения бессонницы: систематический обзор и мета-анализ. PLoS ONE, 2016, 11: e0149139. Шахид А., Уилкинсон К., Марку С. и Шапиро К. М. ОСТАНОВИТЕСЬ, ЭТО и сотни других шкал сна. Спрингер, Нью-Йорк, 2012.

Сивертсен Б., Оверланд С., Палленсен С. и др. Бессонница и длительное продолжительность сна является фактором риска последующей нетрудоспособности. Исследование здоровья Хордаланда. J. Sleep Res., 2009a, 18: 122-128.

Сивертсен, Б., Оверланд, С., Бьорватн, Б., Мейланд, Дж. Дж. и Миклетун, А. Предсказывает ли бессонница отпуск по болезни? Исследование здоровья в Хордаленде . J. Психосом. Разрешение., 2009b, 66: 67-74.

Смит, М. Т., Перлис, М. Л., Парк, А. и др. Сравнительный мета-анализ фармакотерапии и поведенческой терапии перекрестяющейся бессонницы. По утрам. J. Psychiatry, 2002, 159: 52.

Софи, Ф., Чезари, Ф., Казини, А., Макки, К., Аббате, Р. и Генсини, Дж. Ф. Бессонница и риск сердечно-сосудистых заболеваний: метаанализ. Eur. J. Пред. Кардиол., 2014, 21: 57-64.

Spiegelhalter, K., Backhaus, J. and Riemann, D. Schlafstörungen (Fortschritte der Psychotherapie). Hogrefe, Göttingen, 2011.

Спилман А. Дж., Карузо Л. С. и Гловински П. Б. Поведенческий подход к лечению бессонницы. Психиатр. Клин. Северная Америка, 1987, 10: 541-553. Странкс,

Э. К. и Кроу, С. Ф. Острые когнитивные эффекты зопиклон, золпидем, залеплон и эзопиклон: систематический обзор и мета-анализ. J. Clin. Exp. Нейропсихол., 2014, 36: -691 700.

Ассоциация Sun, Y., Lin, C. C., Lu, C. J., Hsu, C. Y. и Kao, C. H. между золпидемом и самоубийством: общенациональный популяционный опрос исследование "случай-контроль". Клиника Майо. Прот., 2016a, 91: 308-315.

Сунь, Ю. Дж., Юань, Дж. М. и Янг, З. М. Эффективность и безопасность прижигание при первичной бессоннице: систематический обзор и мета-анализ. Compliment BMC Altern. Мед., 2016b, 16: 217.

Свитман А., Лэк Л. С., Кэтчсайд П. Г. и др. Клинический обзор. разработка успешного метода лечения сопутствующей бессонницы и апноэ во сне. Sleep Med. Rev., 2017, 33: 28-38.

Тан, Н. К., Лерея, С. Т., Боултон, Х., Миллер, М. А., Вольке, Д. и Капуччио Ф. П. Нефармакологические методы лечения бессонницы при длительных болезненных состояниях: систематический обзор и мета-анализ результатов, о которых сообщили пациенты в рандомизированных контролируемых исследованиях. Сон, 2015, 38: 1751-1764.

Терхун, Д. Б., Клиремас, А., Раз, А. и Линн, С. Дж. Гипноз и нисходящая регуляция сознания. Нейробиологическое руководство Откр. 2017, февраль 4. pii: S0149-7634(16)30633 9. doi: 10.1016/j. неубиорев.2017.02.002. [Еpub перед печатью] Обзор. Thiar, H., Ebert, D. D., Lehr, D. et al. Когнитивные технологии на основе Интернета поведенческая терапия бессонницы: экономическая оценка состояния здоровья. Сон, 2016, 10: 1769-1778.

Томпсон В., Куэй Т. А. В., Рохас-Фернандес К. и Фаррелл Б. Атипичные нейролептики при бессоннице: систематический обзор. Сон -Мед., 2016, 22: 13-17.

Том С. Э., Уиквайр Э. М., Парк Ю. и Альбрехт Дж. С. Небен-зодиазепиновые седативные снотворные средства и риски травм, связанных с падением. Сон, 2016, 39: 1009-1014.

Трауэр, Дж. М., Клан, М. Ю., Дойл, Дж. С., Раджаратнам, С. М. и Каннингтон Д. Когнитивно-поведенческая терапия хронической бессонницы: систематический обзор и мета-анализ. Апп. Стажер. Мед., 2015, 163: 191-204.

Утимура Н., Камидзе А. и Такасе Т. Влияние эзопиклона на безопасность, субъективные показатели эффективности и качество жизни у пожилых и нездоровых японских пациентов с хронической бессонницей, как с сопутствующими психическими расстройствами, так и без них: 24-недельное рандомизированное двойное слепое исследование. Ann. Gen. Психиатрия, 2012, 11: 15. Уленхут,

Э. Х., Балтер, М. Б., Бан, Т. А. и Янг, К. Иностранным студентам исследование экспертного заключения о терапевтическом бензодиазепиновом терапевтических препаратах: внутривенно. Терапевтическая доза бензодиазепинов и риск злоупотребления бензодиазепинами при длительном лечении тревожных расстройств. J. Clin. Психофармакол., -1999, 19: 23-29.

Ван де Страат, В. и Брак, П. Насколько хорошо спит Европа? межнациональное исследование проблем со сном у пожилых людей Европы. Int. J. Public Health, 2015, 60: 643-650.

Ван Маанен, А., Мейер, А. М., ван дер Хейден, К. Б. и Оорт, Ф. Дж. Влияние светотерапии на проблемы со сном: систематический обзор и метаанализ. Sleep Med. Rev., 2016, 29: 52-62.

^a 2017 Европейское общество исследований сна.

Ван Стратен, А. и Кейперс, П. Терапия самопомощи при бессоннице: а
метаанализ. Sleep Med. Rev., 2009, 13: 61-71.

Ванде Гриенд, J. Р. и Андерсон, С. Л. Рецептор гистамина-1
антагонизм для лечения бессонницы. J. Am. Фарм. Доц., 2012,
-52: e210 e219.

Verbeek, I. and van de Laar, M. Behandeling van Langdurige
Слапелушейд. Springer Media, Бон Стафлеу ван
Логум, Брюссель, 2014. Ферстер, Дж. К.,
Вельдхейзен, Д. С., Патат, А., Оливье, Б. и Фолькертс,
Э. Р. Снотворные средства и безопасность вождения: мета-анализ рандомизированных
контролируемых исследований с применением теста на вождение на дороге. Сигт. Наркотики
-saf., 2006, 1: 63-71.

Вгонцас А. Н., Фернандес-Мендоса Дж., Ляо Д. и Бикслер Э. О.
Бессонница с объективно короткой продолжительностью
сна: наиболее биологически тяжелый фенотип
расстройства. Sleep Med. Rev., 2013, 17: 241-254.

Voinescu, Б. И. и Szentagotai, А. категориальные и размеров
оценка бессонницы у населения в целом. J. Cogn. Поведение.
-Психотер., 2013, 13: 197-209.

Вошаар, Р. К., Куве, Дж. Э., Ван Балком, А. Дж., Малдер, П. Г. и
Зитман, Ф. Г. Стратегии прекращения длительного приема бензодиазефина.-
азепин. Br. J. Психиатрия, 2006, 189: 213-220.

Уолш, Дж. К., Кристал, А. Д., Амато, Д. А. и др. Ночное лечение
первичная бессонница при приеме эзопиклона в
течение шести месяцев: влияние на сон, качество жизни и
ограничения в работе. Сон, 2007, 30: 959-968.

Ван Ф., Ын Кен Ли О., Фенг Ф. и др. Эффект
медитативное движение о качестве сна: систематический обзор. Сон
-Мед. издание, 2016, 30: 43-52.

Винклер А. и Риф У. Влияние плацебо на полисомноз-
графические параметры при первичной бессоннице:
метаанализ. Сон, 2015, 38: 925-931. Винклер А.,
Ауэр К., Деринг Б. К. и Риф В. Медикаментозное лечение
первичная бессонница: метаанализ полисомнографических рандомизированных-
изолированных контролируемых исследований. Препараты для лечения ЦНС, 2014, 28: 799-816.

Виттхен Х. У., Краузе П., Хофлер М. и др. NISAS-2000: общенациональный
скрининг на бессонницу и исследование осведомленности о ней. Распространенность и вмешательства-
мероприятия первичной медико-санитарной помощи. Fortschr. Med. Orig.,
2001, 119: 9-19. Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J. et al. Размер и бремя
психических расстройств и других заболеваний мозга в Европе 2010.
Евро. Нейропсихофармакол., 2011, 21: 655-679.

Ву, Дж. К., Эпплман, Э. Р., Салазар, Р. Д. и Онг, Дж.
поведенческая терапия бессонницы, коморбидной с
психиатрическими и медицинскими состояниями: метаанализ. JAMA Intern. Med., 2015a,
-175: 1461-1472.

Ву, В. В., Квонг, Э., Лан, Х. Ю. и Цзян, Х. Ю. Эффект
влияние медитативных движений на качество сна у пожилых людей:
систематический обзор и метаанализ. Дж. Альтерн. Дополнение.
-Мед., 2015b, 21: 509-519.

Яффе К., Фалви К. М. и Хоанг Т. Связи между сном.
и когнитивные способности у пожилых людей. Lancet Neurol.,
2014, 13: 1017-1028. Е., Ю. Ю., Чжан, Ю. Ф., Чен,
Дж. и др. Когнитивные технологии на основе Интернета
поведенческая терапия бессонницы (ICBT-I) улучшает сопутствующее заболевание
тревога и депрессия - метаанализ рандомизированных контролируемых
исследований. PLoS ONE, 2015, 10: e0142258.

Ен, В. Ф., Чанг, К. Ф., Юнг, К. П. и Нг, Т. Х. Доксепин для
бессонница: систематический обзор рандомизированных плацебо-контролируемых
испытания. Sleep Med. Rev., 2015, 19: 75-83.

Ен, В. Ф., Чунбг, К. Ф., Пун, М. М. К., Хо, Ф. И. Х., Чжан, С.
П., Чжан, З. Дж., Зиея, Э. и Вонг, Т. Точечный массаж, рефлексология и аурикулярный
точечный массаж при бессоннице: систематический обзор
Рандомизированные контролируемые исследования. Sleep Med, 2012, 13: 971-
984. Захария Р., Лайби М. С., Риттербанд Л. М. и О'Тул М. С.
Эффективность когнитивно-поведенческой терапии с использованием Интернета
при - бессоннице систематический обзор и мета-анализ рандомизированных
контролируемые испытания. Sleep Med. Rev., 2017, в печати

Чжан В. и Винг Ю. К. Половые различия при бессоннице: мета-
анализ. Сон, 2006, 29: 85-93.

Чжан В., Чен Х. Ю., Су С. В. и др. Экзогенный мелатонин для
нарушения сна при нейродегенеративных заболеваниях: метаанализ
рандомизированных клинических исследований. Neurol. Наука., 2016, 37: 57-65.

ПОДДЕРЖКА ИНФОРМАЦИИ

Дополнительную вспомогательную информацию можно найти в
Интернете на вкладке вспомогательная информация к этой статье:

Таблица С1. Классификация качества доказательств согласия-
по балльной системе (Guyatt и соавт., 2008).

Таблица S2. Контрольный список КВОРУМА.

^a Европейское исследование сна 2017 года Общество