

Европейское руководство по диагностике и лечению бессонницы

ДИТЕР РИМАН	¹ ID, CHIARA BAGLIONI, СЛАУДИО БАССЕТИ, ^{2,3}	БЬЕРН РИБ ЙОРВАТН	, ЛИЯД ОЛЕ Н КР ОСЕЛЬДЖ, ДЖАСОН ГЭЛЛИС, ⁴
КОЛИН А. ШПИОН, ⁶ DIEGO GARCIA-BORREGUERO, ⁷ MICHAELA G JERSTAD, ⁸		МАРТА ГОНСАЛЬВЕС, ⁹ ОН ПОДДЕРЖИВАЕТ ЭРТА ЭНШТЕЙНА, ¹	
МАРКУС ЯНССОН-ОТЕЦМАРК	€, Пол Дж. Дж. Эннум		¹¹ DAMIEN L EGER
КРИСТОФ Н ИССЕН	^{1,2} ЛИБОРИО ПАРРИ НЕТ		¹² ,
ДИРК ПЕВЕРНАГ, Яп.	^{13,16} ДЖОХАН ВЕРБРАЕКЕН.		¹⁴ ID, ЖИВУЩИЙ В ПАУНИО
АДАМ ВИКХНЯК	¹⁹ ЯРИНА ЗАВАЛКО		¹⁵ , ЧАНС-ГУНТЕР НАС [€]
OANA-CLAUDIA DELEANU	²² †, БАРБАРА СТРАЗИЗАР		¹⁷ , ЭРНАСА РНАРДОТТИР ^{‡21,}
ЗУТ МАЛДЕР	²⁴ † и Ка Я ШПИГЕЛЬХАЛЬДЕР		²³ †, MARIE LLE
¹ Кафедра психиатрии и психотерапии, Медицинский центр 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;			
² Лаборатория исследований сна Нортумбрии, Университет Нортумбрии, Ньюкасл, Великобритания; Институт сна и циркадной неврологии, Найффилд Отделение клинической неврологии Оксфордского университета, Оксфорд, Великобритания; Институт исследования сна Мадрид, Мадрид, Испания; Ставангер Университетская больница, Ставангер, Норвегия; Медицинский центр Соно, больница Суиф, Порту, Португалия;			
Каролинский институт, Стокгольм, Швеция;	¹¹ Кафедра клинической медицины Копенгагенского университета, Копенгаген, Дания;		
Sommeil et de la Vigilance et EA 7330 VIFASOM, Université Hotel Dieu de Paris, Paris, France;	Париж Декарт, Клиника Отель-Дье, Сорбонна Париж Ситэ, APHP, HUPC,		¹² Centre du
Пармский университет, Парма, Италия;	¹³ Университетская психиатрическая больница, Берн, Швейцария;		
Фонд Кемпенхаге, Хизе, Нидерланды;	¹⁵ Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения Хельсинки, Хельсинки, Финляндия;		¹⁴ Отделение медицины и хирургии, Центр медицины сна,
Антвэрпен, Эдегем-Вильрик, Бельгия;	¹⁷ Многопрофильный Центр нарушений сна, Университетская больница Антверпена и Университет институт психиатрии и неврологии, Варшава, Польша;		¹⁶ Центр медицины сна и Третье отделение
Биологическое агентство, Москва, Россия;	²¹ Измерения сна, Национальная университетская больница Исландии, Рейкьявик, Исландия;		¹⁸ Федеральный медицинский биофизический центр имени Бурнасяна Федерального медицинского Института
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 Биспебьерг и Фредериксберг, Копенгаген, Дания		

Ключевые слова

доказательная медицина, КПТ I, снотворные средства.

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.

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

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 со 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 гигиении сна или расслабления ума или полноту или поведенческая терапия или когнитивно-терапии или когнитивно-поведенческой 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 > 0.4, 0.8 как хороший эффект; эффект > размеры 0.8 как очень хороший эффект.

Система GRADE (оценка рекомендаций, разработка и оценка; Аткинс и др., 2004; Гайтт 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

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,

1986). Учитывая последние изменения в DSM-5 (2013) и МКУР-3 (2014), мы будем использовать термины "бессонница" и "бессонничное расстройство" как взаимозаменяемые во всем этом руководстве. Вместо ранее использовавшейся дихотомии первичная и вторичная бессонница, мы будем следовать концепции сопутствующей заболеваемости.

Несколько исследовательских групп предложили этиологические и патофизиологические модели бессонницы (Espie, 2002; Espie et al., 2006; Harvey, 2002; Levenson et al., 2015; Morin, 1993; Riemann et al., 2012, 2015). Большинство из них явно или неявно основаны на так называемой "3Р" модели бессонницы Спилмана и др. (1987), которая постулирует, что предрасполагающие, провоцирующие и увековечивающие факторы вовлечены в этиологию бессонницы. Например, генетические влияния (Palagini et al., 2014) или личностные характеристики, такие как нервотизм или неадаптивный перфекционизм, рассматриваются как предрасполагающие факторы.

Острые стрессоры, например, стресс на работе или межличностные конфликты, обычно провоцируют острую бессонницу..... социальные конфликты. Острая бессонница является очень распространенным и часто преходящим явлением, которое проходит после прекращения действия стрессора (Ellis et al., 2012a; Espie, 2002). Воздействие хронического стресса также может рассматриваться как основная причина хронической бессонницы. Во многих случаях во время перехода от острой бессонницы к хронической должны вступать в действие сохраняющие факторы. Спилман и др. (1987) предположили, что неадаптивные стратегии совладания являются сохраняющими факторами, например, длительное пребывание в постели или дремота с целью наверстать упущененный сон. Хотя такое поведение может показаться разумным, оно может снизить давление во сне и в долгосрочной перспективе привести к хронической бессоннице. Кроме того, Espie и соавт. (2006) подчеркнули развитие неадаптивного внимания ко сну у пациентов с бессонницей, при котором смещение внимания, связанное со сном, и прямые попытки контролировать сон нарушают биорегуляцию двух процессов-

нарушение сна (Borbely, 1982; Borbely and Achermann, 1999), препятствующее ожидаемому восстановлению нормального сна по умолчанию после эпизодического стресса.

Сверхвозбудимая модель бессонницы постулирует, что повышенные уровни возбуждения в когнитивной, эмоциональной и физиологической областях представляют собой как предрасполагающие, так и увековечивающие факторы (Perlis et al., 1997; Riemann et al., 2010, 2015). Центральное место в этой модели результаты, показывающие, что у пациентов с инсомнией имеют повышенную мощность в быстро Елец-troencephalographic (ЭЭГ) частоты в глаза быстрое движение, сон. Это также может быть отражено в повышенной частоте циклических чередований (Chouvarda et al., 2012). У пациентов с бессонницей также наблюдалась повышенная частота микровозбуждений во время быстрого движения глаз (REM) сна, что способствует восприятию частей быстрого сна как бодрствования, по сравнению с нормальными спящими (Feige et al., 2013; Riemann et al., 2012). Нейро-биологически повышенное возбуждение может быть вызвано доминированием областей мозга, вызывающих возбуждение, по сравнению с областями мозга, вызывающими сон (Saper et al., 2005).

Когнитивные модели бессонницы подчеркивают актуальность беспокойства и размышлений в разработке и поддержании

бессонница (Harvey, 2002). Более того, Baglioni et al. (2010) подчеркнули, что пациенты с бессонницей обладают повышенной эмоциональной реактивностью, что также может иметь этиологическое значение.

Циркадные факторы имеют важное значение в подгруппе как, например на тех, кто возьмется рабочей смены или в слепую пациенты, у которых десинхронизация режима сна-бодрствования и циркадной фазы способствует засыпанию и затруднениям поддержания сна. Это также относится к некоторым случаям бессонницы перед началом сна у подростков / молодых взрослых, при этом основным фактором может быть задержка циркадной фазы, и к пожилым пациентам с ранним пробуждением, при этом опережение фазы может играть определенную роль (Abbott et al., 2016).

Definetion определение

диагностическая классификация

бессонницы систем

В большинстве европейских стран использование международной Классификации болезней (МКБ-10, 1992 г.) является обязательным для читателей-физиков-математиков и клинических психологов/психотерапевтов, для того чтобы получить компенсацию за счет медицинской страховки. Для диагностики бессонницы актуальны диагностические категории "Неорганическая бессонница" (F51.0) и "Нарушения инициации и поддержания сна (инсомния)" (G47.0). Определение неорганической бессонницы представлено в таблице 1.

Диагноз "неорганическая бессонница", согласно МКБ-10, основан исключительно на субъективном опыте страдающих людей. Никаких количественных критериев для определения латентности наступления сна, продолжительности сна или частоты или продолжительности ночных пробуждений не требуется. Термин "неорганическая бессонница" относится к тому факту, что это расстройство сна не имеет в своей основе конкретного узнаваемого соматического расстройства. Однако использование этого термина критически обсуждалось в течение последних нескольких лет в свете документально подтвержденных нейробиологических изменений у пациентов с бессонницей.

DSM-5 (2013) устранил различие между первичной и вторичной бессонницей. Это различие было направлено на то, чтобы отличить "чистую" независимую бессонницу от "вторичной" бессонницы, т.е. бессонница связана с другим соматическим / психическим расстройством или даже гипотетически вызвана им. Вместо этого была введена новая обобщающая категория "бессонница расстройство", которая также используется в третьем разделе.

Таблица 1 Диагностические критерии неорганической бессонницы (F51.0) согласно МКБ-10

- Нарушение наступления или поддержания сна, или плохое качество сна.
- Нарушения сна возникают по крайней мере три раза в неделю в течение 1 месяца.
- Страдающие люди чрезвычайно сосредоточены на своем сне расстройства (особенно ночью) и беспокоиться о негативных последствиях бессонницы.
- Недостаточная продолжительность сна и качество в сочетании с высокой степенью страдания или препятствует повседневной деятельности.

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 критерии при сопутствующем психическом или соматическом расстройстве диагностируются оба расстройства.

Таблица 2. Диагностические критерии хронического бессонничного расстройства в соответствии с МКУР-3.

A 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 ложиться спать в соответствующее время.

Расписание.

5. Трудности со сном без вмешательства родителей или опекуна

B 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 зарегистрированными жалобами 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 состоятельствами (т.е. Окружающая среда

E Нарушение сна и связанное с ним дневное время состоятельствами (т.е. Окружающая среда

симптомы проявляются не реже трех раз в

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 ожидают, 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 специальному лечению, например гипертрофею. 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 необходимые
- 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, соре температура тела)

2. Психиатрические/психологические истории (сильная рекомендация)

- Бывших и нынешних психических расстройств •
- Работа и партнерство
- 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, вопросы о сне) 4. Активография

- 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)
- Случайное клиническое подозрение 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 актиографии 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 выраженным, 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
Депрессивные расстройства	Хроническая обструктивная болезнь легких заболевания	Нейродегенеративные заболевания	Алкоголя
Биполярные расстройства	Сахарный диабет	Семейная бессонница со смертельным исходом Цереброваскулярные заболевания Рассеянный склероз	, Никотина, Кофеина,
Генерализованное тревожное расстройство	Хронические заболевания почек		Марихуаны,
Паническое расстройство	Иммунодефицит человека вирусная инфекция		опиоидов,
Посттравматическое стрессовое расстройство	Злокачественные новообразования	Черепно-мозговая травма	дизайнерских наркотиков,
Шизофрения	Ревматические расстройства Хроническая боль Апноэ во сне	RLS	Кокaina , Амфетамина

RLS, Синдром беспокойных ног.

Таблица 5 Распространенность расстройств, связанных с бессонницей, в различных европейских странах

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

"Взгляд на будущее"). Другое недавнее открытие касается различий между бессонницей с объективной короткой продолжительностью сна и без нее (Фернандес-Мендоса, 2017; Вгонцас 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. Ohayon, 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 распространности 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 Страйта 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 (Бюроват и пр., 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,

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

Распространенность применения снотворных средств, т.е. бензодиазепинов (BZ) и бензодиазепиновых рецепторов, 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 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; Cappuccio 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 болезней, особенно деменции (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 (Riemann 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 (Paunio 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).

агонисты (BZRA), в

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; Озминковский 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 нейропсихиатрических 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-years 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 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 упса, 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; Перлес и др., 2005; французский: Гуле и др., 2013; немецкий: Хертенштейн и др., 2015; Шпигельхальдер и др., 2011; итальянский: Девото и Виолани, 2009; Норвежский: Бьорватн, 2013; Португальский: Пайва, 2008; и словацкий: Бакхус и Риманн, 2003)..

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

правила гигиены" в отношении медицинских практик (например, наблюдения за часами, физических упражнений, употребления психоактивных веществ) и факторов окружающей среды (например, света, шума, температуры), которые могут способствовать сну или нарушать его (Hauri, 1991). Кроме того, психообразование включает в себя базовую информацию о нормальном сне и возрастных изменениях в режиме сна.

Расслабляющая терапия. Релаксационная терапия включает клинические процедуры, направленные на снижение соматического напряжения (например, прогрессирующее расслабление мышц, аутогенная тренировка) или навязчивых мыслей перед сном (например, тренировка воображения, медитация).

Поведенческие стратегии (ограничение сна, контроль стимулов).

Терапия ограничения сна - это метод, предназначенный для сокращения времени нахождения в постели до фактического количества достигнутого сна (Spielman et al., 1987). Например, если пациент с бессонницей сообщает, что спит в среднем 6,5 часов за ночь, то начальный рекомендуемый интервал сна (время от отбоя до окончательного пробуждения) будет ограничен 6,5 часами (с рекомендуется минимальное время сна 4-6 часов, даже если среднее время сна ниже; Кайл и др., 2015). На еженедельной основе вносятся корректировки в это окно сна.

Время нахождения в постели либо увеличивается на 15-30 мин (когда сон КПД составляет > 85-90%), сохраняется стабильным или снижается на 15-30 мин (при эффективности сна < 80%), пока не будет достигнута оптимальная продолжительность сна. Настоятельно рекомендуется использовать дневники сна для оценки времени сна как до начала терапии по ограничению сна, так и во время последующего наблюдения. Терапия контроля стимулов - это набор поведенческих инструкций, разработанных для того, чтобы заново ассоциировать кровать / спальню со сном и восстановите последовательный график сна-бодрствования (Bootzin, 1972): (1) ложитесь спать только тогда, когда хочется спать; (2) вставайте с постели, когда не можете заснуть; (3) используйте кровать / спальню только для сна и секса (например, не читайте, не смотрите телевизор); (4) вставайте каждое утро в одно и то же время; (5) не дремлите в течение дня.

Когнитивная терапия. Когнитивные стратегии - это психологические методы, предназначенные для выявления, оспаривания и изменения неправильных представлений о сне и ошибочных представлений о бессоннице и ее предполагаемых последствиях в дневное время (Morin and Espie, 2004). Эти стратегии включают методы, направленные на уменьшение или предотвращение чрезмерного мониторинга бессонницы и ее коррелятов или последствий и беспокойства по поводу них.

Другие психотерапевтические подходы. Другие психотерапевтические подходы, которые были эмпирически исследованы, включают лечение, основанное на осознанности, и гипнотерапию. Методы лечения, основанные на осознанности, уходят корнями в буддийскую философию орпу, и включает снижения стресса и когнитивной элементы (Кран и соавт., 2017). Гипнотерапия также кон-видите, как ум, тело вмешательства подшипник похожа на медитативные техники. Гипнотерапия состоит из вербальных внушений терапевта, которые, как предполагается, вызывают подсознательные изменения (Facco, 2017; Terhune et al., 2017).

Классификация доказательств. Есть 15 опубликованных мета-анализов на эффективность СВТ-я (табл. 6). Они включают метаанализы СВТ-я при "первичной" бессоннице, а также метаанализы СВТ-я при сопутствующей бессоннице. В последнем,

было показано, что КПТ-І оказывает положительное влияние как на жалобы на бессонницу, так и на сопутствующие симптомы.

Первые пять мета-анализов (Irwin et al., 2006; Монтгомери и Деннис, 2004; Морин и др., 1994; Мурта и Гринвуд, 1995; Паллесен и др., 1998) и мета-анализ, представленный Trauer et al. (2015), касались эффективности КПТ-І или ее компонентов у пациентов с первичной бессонницей. Все эти метаанализы продемонстрировали хорошую эффективность КПТ-І (согласно нашему переведенному определению размеров эффекта) на параметры исхода, связанные со сном, и хорошую стабильность результатов при последующих оценках.

Бельвиль и соавт. (2011) показали, что КПТ-І оказывает небольшое или умеренное влияние на уровень тревожности у пациентов с клинически значимой сопутствующей тревожностью или без нее. Миллер и др. (2014) исследовали один компонент СВТ-І, то есть терапию ограничения сна. Этот метаанализ был основан всего на четырех исследованиях, но показал хорошую эффективность терапии ограничения сна. Группа СВТ-І была исследована Koffel et al. (2015). Этот мета-анализ продемонстрировал хорошую эффективность при групповом формате; однако в него можно было включить только восемь оригинальных исследований. Самые последние метаанализы касались КПТ-І при сопутствующей бессоннице, то есть бессоннице в контексте психических или соматических расстройств. Гейгер-Браун и соавт. (2015) и Ву и соавт. (2015а, б) рассматривали различные сопутствующие заболевания, тогда как Хо и соавт. (2016), Джонсон и соавт. (2016) и Тан и соавт. (2015) специально исследовали бессонницу в контексте посттравматического стрессового расстройства, рака и хронической боли.....". Эти мета-анализы показали, что сопутствующая бессонница также хорошо реагирует на КПТ-І. Особенно важно, что КПТ-І, хотя и была сосредоточена исключительно на сне, также оказала хорошее влияние на сопутствующие заболевания.

Существуют также доказательства, подтверждающие эффективность кратких версий СВТ-І, например, с использованием двух личных сеансов и двух телефонных звонков (Buyse et al., 2011) или только одного сеанса при острой бессоннице (Ellis et al., 2015). Существуют и другие формы применения, например, групповые курсы КПТ-І, проводимые медсестрами (Espie et al., 2007).

В таблице 7 представлены метаанализы эффективности самопомощи и интернет-СВТ-І. Эти шесть метаанализов сосредоточены на подходах СВТ-І для самопомощи (Ho et al., 2015; Ван Стратен и Кейджперс, 2009) или интернет-СВТ-І, например, на программах "Здоровый сон с использованием Интернета" (SHUTi; Риттербанд и др., 2009) или SLEPIO (Espie et al., 2012). Четыре мета-анализа интернет-СВТ-І показали хорошую эффективность лечения; однако эффективность была ниже, чем при очном СВТ-І. Один из этих мета-анализов исследовал влияние интернет-ТОС-І на уровни тревожности и депрессии и показал незначительные или умеренные эффекты (Ye et al., 2015). Недавнее крупное рандомизированное контролируемое исследование также показало, что интернет-КПТ-І снижает уровень субклинической депрессии и, таким образом, может использоваться для профилактики депрессии (Christensen et al., 2016). Более того, Тиарт и соавт. (2016) исследовали экономические эффекты компьютерной КПТ-І (cCBT-І) для здоровья, приходя к выводу, что она была связана с 87% вероятностью быть более эффективной, чем лечение как обычное.

Таблица 6 Метаанализы эффективности CBT-I

Автор (год)		Количество	Вмешательство	Конечные точки исследования	Влияние на конечные точки исследования
	Популяционная				
Морин и др. (1994)	Бессонница	исследований/количество пациентов: 59/2102 CBT-I и single	Компоненты	SOL, WASO, NOA, TST	a) Хорошее влияние CBT-I на все параметры б) Хорошие результаты наблюдения
Муртаги Гринвуд (1995)	Бессонница	66/2007	CBT-I и сингл Компоненты	SOL, NOA, TST, SQ	a)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	a) 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	a) 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 тревожностью или без нее, первичная бессонница	50/2690	CBT-I	Шкалы тревожности	Умеренное воздействие на тревожность
Окадзима et al. (2011)		14/927	KPT-I	SOL, WASO, EMA, SE, PSG, ACT	a) 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 СОЛЬ, WASO, SE, SQ, TST, боль, депрессия SOL, WASO,	Эффективно только ограничение сна
Коффель et al. (2015)	Бессонница	8/659		TST, SE SOL, WASO, TST, SE, ISI, PSQI SOL, WASO,	Группа CBT-I эффективна
Trauer и др. (2015)	Хроническая бессонница	20/1162	CBT-I	TST, SE SOL, WASO,	Клинически значимая эффективность без учета нежелательные побочные эффекты
Гейгер-Браун et al. (2015)	Сопутствующие заболевания бессонница (соматический / психический)	23/1379	CBT-I	TST, SE, ISI, PSQI SOL, WASO,	Хорошая эффективность; долгосрочные эффекты через 18 месяцев
Вы и др. (2015a)	Сопутствующее заболевание бессонница (соматических / психических)	37/2189	KPT-I	SQ, TST, ремиссия, сопутствующие симптомы SOL, WASO,	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 SOL, WASO,	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, боль	Хороший эффект для сна, хорошие эффекты о симптомах рака
Резкий запах et al. (2015)	Бессонница + боль	11/1066	KPT-I		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.

Таблица 7 Метаанализы эффективности самопомощи /компьютеризированной КПТ-И/

Автор (год)	Популяция	Количество			Влияние на конечные точки исследования
		исследований	Вмешательство	Конечные точки исследования	
Van Стратен и Кейперс (2009)	Бессонница	/количество пациентов 10/1000	Самопомощь КПТ-I	СОЛЬ, BACO, SE, SQ, TST	Эффекты от незначительных до умеренных
Ченг и Дизон (2012)	Бессонница	6/433	cCBT-I	SOL, SQ, TST	Эффекты от небольших до умеренных
Хо и др. (2015)	Бессонница	20/2411	Самопомощь + cCBT-I	SOL, WASO, SE, SQ, TST	Эффективен метод самопомощи CBT-I и приемлемый в качестве начального средства для лечения умеренных размеров эффекта для сопутствующие симптомы
Ye et al. (2015)	Бессонница с сопутствующими состояниями	9/776	cCBT-I	Тревога, депрессия	Умеренных размеров эффекта для сопутствующие симптомы
Zachariae и др. (2017)	Бессонница	11/1460	cCBT-I	ISI, SOL, WASO, NOA, TST, SQ	Сопоставимо с очной ТОС-I
Сейфферт et al. (2016)	Бессонница	15/2392	cCBT-I	ISI, SOL, TST, WASO, NOA, SQ, PSQI	Хорошая эффективность для параметров сна, хорошие последующие результаты

CBT-I, когнитивно-поведенческая терапия бессонницы; cCBT-I, компьютеризированная когнитивно-поведенческая терапия бессонницы; ISI, индекс тяжести бессонницы; NOA, количество пробуждений; PSQI, Питтсбургский индекс качества сна; SE, эффективность сна; SOL, задержка начала сна; SQ, качество сна; TST, общее время сна; WASO, время пробуждения после начала сна.

Таблица 8 Основные классы препаратов, используемых для

лечения бессонницы в Европе	BZ Диазепам, флуниутразепам, флуразепам,
	лометазепам, нитразепам,
	оксазепам, темазепам, триазолам
BZRA	Залеплон, золпидем, золипкон, Агомелатин,
Антидепрессанты	амитриптилин, доксепин,
	миансерин, мirtазапин,
	тразодон, тримипрамин Хлорпротиксен,
Нейролептические средства	левометромазин,
	меллерон, оланzapин, пипамперон,
	протилендил, кветиапин
Антигистаминные препараты	Димедрол, доксиламин, гидроксизин,
	прометазин
Фитотерапевтические	Хмель, мелисса, пассифлора, валериана
средства Мелатонин	Мелатонин, рамелтеон, замедленного высвобождения
агонисты рецепторов	мелатонин

Опубликованы два мета-анализа, сравнивающих КПТ-І с фармакотерапией. Смит и соавт. (2002) сравнивали фар-*macological* исследования с использованием Dam или BZRAs с psychothera- лечебные исследования, и пришли к выводу, что оба варианта являются сравнительно эффективными в краткосрочной перспективе. Митчелл и др. (2012) проанализировали исследования, в которых непосредственно сравнивалась КПТ-І с фармакотерапией ; только пять исследований соответствовали критериям включения. Основываясь на этих данных, авторы пришли к выводу, что КПТ-І и снотворные средства обладают сопоставимой эффективностью в краткосрочной перспективе, и что КПТ-І превосходит их в долгосрочной перспективе.

Интересный вопрос заключается в том, оказывает ли комбинация КПТ-І с медикаментозным лечением синергетический эффект. В двух рандомизированных контролируемых исследованиях эта проблема решалась с использованием КПТ-І с темазепамом или зоплилем (Morin et al. 1999, 2009b). В

на остром этапе лечения комбинация КПТ-І и фармакотерапии, по-видимому, несколько эффективнее по сравнению с любым из этих методов лечения по отдельности. Однако, во время поддерживающего лечения прекращение фармакотерапии представляется более благоприятным (Morin et al., 2009b). Авторы также представляют свои данные с точки зрения критериев ответа / ремиссии. Согласно этой оценке данных, только КПТ-І привела к положительному ответу на лечение в 60% и ремиссии в 40% случаев. Эти результаты были стабильными при последующем наблюдении или даже улучшились (ремиссия через 6 месяцев наблюдения: 67,8%).

Что касается методов лечения, основанных на осознанности, и гипнотерапии, то были опубликованы три метаанализа (Gong et al., 2016; Kanen et al., 2015; Lam et al., 2015).....
(Мета- анализ методов лечения, основанных на осознанности, отметил умеренный или хороший эффект (Gong et al., 2016; Kanen et al., 2015) на параметры сна. Гипнотерапия оказала положительное влияние на задержку начала засыпания; однако общее качество включенных исследований было низким. Таким образом, эти методы лечения могут быть многообещающими, но показательства менее убедительны, чем для КПТ- I

Как будет обсуждаться более подробно в разделе о снотворных средствах, эффект плацебо необходимо учитывать в контексте эффективности психотерапии. По сравнению с ФАР-*macological* исследований, плацебо-контролируемых исследований, более трудно вести в психотерапии, научные исследования, как терапевты, как правило, может не быть ослепленным к Шам терапии. Таким образом, из-за этой методологической трудности психотерапевтические исследования могут переоценивать эффективность лечения.

Вышеупомянутые данные свидетельствуют о том, что КПТ-І рекомендуется в качестве терапии первой линии хронической бессонницы у взрослых любого возраста (убедительная рекомендация, высококачественные доказательства; см. Таблицы 6, 7 и 15).

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 субъективно, 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 BZRA 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. Monti и Monti (2004; Monti et al., 2017) и Kogrs (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 (СНМ), пришел к выводу, что СНМ 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	Исследований	Вмешательство	Конечные точки исследования	Количество	Влияние на конечные точки исследования
					/количество	
Хробъяртссон и Гетцше (2001)	40 клинических состояний включая бессонницу	пациентов	Сравнение плацебо с активным препаратом	Параметрами сна	Практически нет доказательств того, что плацебо оказывает сильное действие	
Макколл и др. (2003)	Бессонница	5/100 5/213	Плацебо по сравнению с активным препаратом	SOL, TST	Значительный эффект плацебо при + TST (субъективный) SOL	
Беланже et al. (2007)	Первичной бессоннице	34/1392	Плацебо / оксидане список по сравнению с активным препаратором, плацебо по сравнению с активным препаратом	SOLP, TST, WASO, SE / субъективные и объективные параметры сна/	Значимые эффекты плацебо при фармакологические исследования	
Винклер и Rief (2015)	Бессонница	32/3969	плацебо по сравнению с активным препаратом	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.

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 ^a	золпидем против BZ плацебо, краткосрочное лечение	SOL, NOA, TST, SQ	Значительное улучшение нарушение сна
Холбрюк et al. (2000)	Начальная школа бессонница	45/262	+ золиклон по сравнению с BZ, плацебо, краткосрочное лечение	SOL, TST, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ	а) Значительное улучшение нарушения сна б) Повышенный риск при ИСПОЛЬЗОВАНИИ
€ Dundar et al. (2004)	Бессонница	24/399	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 антидепрессанты	+ вторичный SOL результаты, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ	BZ и BZRA эффективны; большее ИСПОЛЬЗОВАНИЕ активных препараторов по сравнению с плацебо
Уэдо-Медина et al. (2012)	Бессонница	13/4378	BZRA (золпидем, запеплон, эзопиклон)	+ вторичный SOL	Небольшие, но значимые результаты влияния на субъективные и объективные
Винклер et al. (2014)	Бессонница	31/3820	BZ, BZRA, 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 ramelteon (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 BZRs 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 важность для существующего руководства, как световая терапия и физические упражнения также рекомендуется быть эффективными у больных с инсомнией.

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

Количество исследований/количество					
Автор (год)	Популяция	пациентов	Вмешательство	Конечные точки исследования	Влияние на конечные точки исследования
Седативные антидепрессанты					
Бушеми Хронический (2007)	бессонница	105/873	+ Седативныйbzra антидепрессанты	соль	Седативные антидепрессанты - это
Винклер et al. (2014)	Бессонница	31/3820	BZRA антидепрессанты мелатонин, успокаивающий + BZ + BZ	Субъективный и цель параметры сна	менее эффективны, чем BZ / BZRA, седативные антидепрессанты менее эффективны, чем BZ /BZRA
Макклири et al. (2014)	Бессонница сопутствующее заболевание с М. Болезнь	5/313	Тразодон + мелатонин рамелтеон	SOL, TST, BACO, SE	Тразодон улучшает TST и SE
Ен et al. (2015)	Альцгеймера Бессонница	9/1983	Низкие дозы доксепина	Субъективные и цель параметры сна	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	a) Небольшое улучшение качества сна б) Отсутствие улучшения других параметров сна в) Низкое качество исследований
Фернандес- San-Mart и др. (2010)	Бессонница	18/1317	Валериана против плацебо	площадь	Отсутствие влияния на количественные показатели параметры, незначительные эффекты для SQ Без существенных эффектов
Выщелачивание и Пейдж (2015)	Бессонница	14/1602	Валериана, ромашка, кава, кулинария	SOL, SE, TST, SQ	
Нии 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 pia 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 Nett 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

Таблица 12 Метаанализы эффективности мелатонина и агонистов мелатониновых рецепторов при лечении бессонницы

Автор (год)	Популяция	Количество исследований/количество пациентов	Вмешательство	Конечные точки исследования	Влияние на результаты исследования
					конечные точки
Бжезинский и др. (2005)	Разные популяции включая бессонницу	17/284	-Мелатонин 0,3-40 мг по сравнению с плацебо	СОЛЬ, TST, SE	↑ SOL; TST; SE↓
Бушеми (2005)	Первичные нарушения сна	14/425	-Мелатонин 1,5 мг по сравнению с плацебо	СОЛЬ, BACO, TST, SE, SQ, ИСПОЛЬЗОВАТЬ	↓ SOL; наилучший эффект при задержка фазы сна
Бушеми и др. (2006)	Вторичный сон расстройства	15/524	- Мелатонин 1 10 мг по сравнению с плацебо	СОЛЬ, ИСПОЛЬЗОВАТЬ	Не влияет на СОЛЬ Не ИСПОЛЬЗОВАТЬ
Braam et al. (2009)	Проблемы со сном при интеллектуальная дисфункция	9/183	-Мелатонин 0,5-9 мг по сравнению с плацебо	COL, TST, NOA	↓↑ SOL; TST; NOA ↑
Geijlswijk (2010)	Задержка сна фазовый синдром	9/317	Мелатонин 0,3-5 мг по сравнению с плацебо	DLMO, SOL, TST	Фаза продвинутого DLMO, улучшение сна
Феррачоли-Ода et al. (2013)	Первичные нарушения сна	19/1683	Мелатонин -1 10 мг по сравнению с плацебо	СОЛЬ, TST, SQ	Умеренное воздействие на непрерывный сон
Лю и Ванга (2012)	Хроническая бессонница	8/4055	- Рамелтеон 4 в дозе 32 мг по сравнению с плацебо	СОЛЬ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ	Положительное влияние на субъективное / объективное СОЛЬ / не ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
Макклири и др. (2014)	Бессонница с М. Альцгеймер	5/313	Тразодон, мелатонин, рамелтеон	СОЛЬ, TST, BACO, SE	Доказательств, подтверждающих мелатонин/рамелтеон
Куряма и др. (2014)	Бессонница	13/5812	Ramelteon	SOL, TST, SQ	↑↓ SOL; SQ; клинически небольшие эффекты
Чжан et al. (2016)	Нарушения сна при нейродегенеративные расстройства	9/370	Мелатонин	PSQI	Положительное влияние на PSQI и RBD

DLMO, тусклый свет мелатонин начал; Ноа, количество пробуждений; PSQI, Питтсбург качество сна индекс; РБД быстрого движения глаз сна расстройства поведения; СЕ, спать эффективности; соль, сон наступления задержки; кв., качество сна: ЦТ, общее время сна; использовать, нежелательных побочных эффектов; BACO, время пробуждения после наступления сна.

методы лечения могут иметь потенциал; однако низкое качество многих оригинальных исследований (как отмечают авторы метаанализов) затрудняет достижение четких выводов.

Вышеупомянутые данные свидетельствуют о том, что дополнительные и альтернативные методы лечения бессонницы не рекомендуются:

исправление (слабая рекомендация · данные очень низкого качества;
Таблицы 13 и 15).

Длительное лечение бессонницы снотворными средствами

В фармакологической литературе, обобщенной выше, рассматривались

кратковременное лечение бессонницы (4 недели).

Обоснование этого заключается в том, что доступные снотворные средства исключительно показаны и одобрены только для

краткосрочного лечения в большинстве европейских стран. Возможно, однако, что долгосрочное лечение бессонницы с помощью снотворных средств является клинически актуальным, поскольку бессонница обычно возвращается после затяжки. В таблице 14 обобщены результаты исследований, в которых изучалось длительное применение снотворных средств (не менее 12 недель) при бессоннице.

Эти долгосрочные исследования показывают, что эффективность гипонотиков может оставаться стабильной в течение более длительных периодов применения. Однако в некоторых исследованиях эффекты уменьшались с течением времени. Более того, следует отметить, что некоторые из исследованных веществ, т.е. золипиклон, золипид SR,

рамелтеон и суворексант недоступны в Европе. Чтобы избежать возможных рисков хронического применения снотворных, таких как зависимость и повторная бессонница, некоторые авторы предложили прерывистое применение, особенно для BZ и BZRAs (Parrino et al., 2008). Однако метаанализов, изучающих влияние периодического применения снотворных средств на бессонницу, не проводилось. ... Альтернативным решением, предложенным Вошааром и соавторами (2006), является использование консультационных вмешательств, включая, при необходимости, КПТ-I во время прекращения терапии. Как правило, прекращение приема снотворных должно основываться на постепенном снижении дозы лекарств, поддержке пациентов в этот иногда трудный период с помощью консультирования, КПТ-I или, при необходимости, альтернативных лекарств (например, седативных антидепрессантов).

Основываясь на фактических данных, BZ и BZRA не рекомендуются для долгосрочного лечения бессонницы (настоятельная рекомендация · доказательства низкого качества; Таблицы 14 и 15).

Риски и побочные эффекты лечения бессонницы

Побочные эффекты СВТ-I еще не были тщательно исследованы. Однако Кайл и др. (2011, 2014) подчеркивают, что ограничение сна, как один из компонентов СВТ-I, приводит к временному усилению сонливости и утомления и

Таблица 13 Комплементарная и альтернативная медицина в лечении бессонницы

Автор (год)	Популяция	Количество пациентов	Вмешательство	Конечные точки исследования	
				исследований / количество	Влияние на конечные точки исследования
Иглоукалывание					
Чен et al. (2007)	Бессонница (первичная и вторичный)	6/673	Аурикулярная акупунктура	TCT, сокращение от бессонницы	Положительный эффект для иглоукалывания, но низкое качество исследований, не поддающееся интерпретации, потому что из-за низкого качества исследований
Чук et al. (2012)	Бессонница	33/2293	Иглоукалывание против нет лечения против псевдо-акупунктуры	PSQI	
Юнг et al. (2012)	Бессонница (первичная и вторичный)	40/4115	Иглоукалывание, 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	Иглоукалывание незначительно лучше, чем фиктивное лечение; ухо сравнение иглоукалывания 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 фиктивная акупунктура против плацебо	Реакции rate, PSG, дневники сна	иглоукалывание, низкое качество исследований Акупунктура лучше, чем лекарства, низкое качество исследований
Ли и Lim (2016)	Бессонница постинсультный период	13/1051	Акупунктура (ТКМ) в сравнении с фиктивная акупунктура против лекарств	PSQI, ISI, AIS, Стандарты ТСМ	
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 лекарства, 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	10/557	Пассивное потребление музыки	RCSQ, PSG, VAS, VSH, PSQI	Положительные эффекты о качестве сна
Есперсен и др. (2015)	, Бессонница	6/340	Музыкальная терапия по сравнению с отсутствием лечения в сравнении с TAU	PSQI	Повышение качества сна, снижение показателей PSQI
Нефть					
Лиллекея и Halcon (2014)	"Сон "расстройства"	15/?	Эфирное масло	Разные результаты	Эфирные масла могут быть полезно при незначительных проблемах со сном, хороший
Массаж					
рефлекторных зон Ли et al. (2011)	Другая цель	44/1860	Массаж рефлекторных зон в сравнении с контролем	Усталость, боль, сон	эффект, сильные стороны для сна
Йога/Тайцицюань/Цигун Van и др. (2016)	группы	17/1880	ММ по сравнению со списком ожидания	PSQI, SQ	Повышение качества сна, низкое качество исследований
By 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, Тайцицюань, Цигун; PFS, Шкала усталости Пайпера; PSG, полисомнография; PSQI, Питтсбургский индекс качества сна;

RCSQ, опросник сна Ричардса Кэмбелла; 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 Снейдер Халперн.

Таблица 14 Плацебо-контролируемые исследования длительного приема (не менее 12 недель) снотворных средств

Автор (год)	Образец	Вещество	Продолжительность лечения	Зависимость от злоупотребления		Другие нежелательные препараты побочные эффекты
				Переносимость	Отдачи нет (подробных сведений нет) анализ)	
Кристал et al. (2003)	N = 593 (ESZ) N = 195 (PLA)	3 мг эзопиклона (39,5% выбывших) Плацебо (43,3% выбывшие)	6 месяцев	—	нет	умеренный
Перлис et al. (2004)	N = 98 (ZOLP) N = 101 (PLA)	10 мг золпидема (18,4% выбывших) Плацебо (20,7% выбывших)	12 недель	—	нет	умеренный
Рот et al. (2005)	N = 471 (ESZ)	Открытая этикетка доб. ESZ: 17,8% выбывших PLA: 22,5% выбывших	6 + 6 месяцев	—	не показано	умеренный
Уолш et al. (2007)	H = 548 (ESZ) H = 280 (PLA)	3 мг эзопиклона (37% выбывших) Плацебо (52% выбывших)	6 месяцев	—	нет - сомнительный	умеренный
Кристал et al. (2008)	N = 669 (ZOLP) N = 349 (PLA)	12,5 мг золпидема SR (35,3% выбывших) Плацебо (47,6% выбывших)	24 недели	—	нет - сомнительный	умеренный
Майер et al. (2009)	H = 227 (RAM) H = 224 (PLA)	8 мг рамелтеона (30% выбывших) Плацебо (21,4% выбывших)	6 месяцев	—	нет - сомнительный	умеренный
Анколи-Израиль et al. (2010)	N = 194 (ESZ) N = 194 (PLA)	2 мг эзопиклона (24,2% выбывших) Плацебо (пожилые люди) (23,7% выбывших)	12 недель	—	нет - сомнительный	умеренный
Кристал et al. (2010)	N = 159 (DOX) N = 81 (PLA)	1/3 мг доксепина (10% выбывших) Плацебо (14% выбывших)	12 недель	—	нет	умеренный
Рес et al. (2011)	N = 17 (ZOLP) N = 16 (PLA)	5/10 мг золпидема (17,6% выбывших) Плацебо (12,5% выбывшие)	12 месяцев	нет дозы эскалация	нет показаний	нет показаний
Рэндалл et al. (2012)	H = 60 (ZOLP) H = 65 (PLA)	10 мг золпидема (26,7% выбывших) Плацебо (27,6% выбывших)	8 месяцев	—	нет показаний	нет показаний
Утимура и др. (2012)	H = 164 (ESZ) H = 161 (ESZ)	1/2/3 мг эзопиклона (около 15% выбывших)	24 недели	—	нет - сомнительный	умеренный
Майкельсон et al. (2014)	H = 522 (SUV) H = 259 (PLA)	30/40 мг суроксанта (38% выбывших) Плацебо (37% выбывшие)	12 месяцев	—	но сильнее нет под действием суроксанта	умеренный пещера: Гиперсomnia

объективно сниженная бдительность. Таким образом, терапия с ограничением сна может быть рекомендована без ограничений только тогда, когда нет соображений безопасности, например, ограничение сна может быть противопоказано профессиональным водителям. Аналогичные побочные эффекты также можно ожидать при терапии стимул-контролем. Предлагается более подробная и критическая оценка нежелательных эффектов КПТ-I.

Что касается снотворных средств, то сообщалось о различных побочных эффектах, включая похмелье, спутанность сознания по ночам, падения, возвратную бессонницу, толерантность и зависимость (Hoffmann,

2013; Капил и др., 2014; Уленхут и др., 1999). Эти побочные эффекты часто усугубляются при использовании нескольких аптек, особенно у пожилых людей. Бессспорно, что BZ и BZRA обладают потенциалом терпимости и зависимости. Однако имеется мало доступных данных о количестве пациентов, которые станут зависимыми при приеме BZ или BZRA в течение определенного периода времени. Халлфорс и Саксен (1993) показали в одном мета-анализе, что вещества с коротким периодом полураспада быстрее вызывают зависимость. Более того, острые когнитивные эффекты зопиклона, золпидема, залеплона и эзопиклона были

Таблица 15 Рекомендации

Диагностика бессонницы и ее сопутствующих заболеваний

- Процедура диагностики бессонницы должна включать клиническое интервью, состоящее из тщательной оценки текущего режима сна и истории болезни, а также вопросов о соматических и психических расстройствах, физического обследования, использования вопросников о сне и дневников сна и, при наличии показаний, дополнительных мер (анализ крови, ЭКГ, ЭЭГ, КТ / МРТ, циркадные показатели; настоятельные рекомендации, доказательства от умеренного до высококачественного).
- Рекомендуется активно спрашивать о приеме лекарств и других психоактивных веществ (алкоголь, кофеин, никотин, запрещенные наркотики), которые могут нарушать сон (настоятельная рекомендация, высококачественные доказательства).

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.

двигательные расстройства, апноэ во сне или нарколепсия, устойчивая к лечению бессонница,

бессонница в группах профессионального риска или подозрение на значительное

расхождение между субъективно ощущаемым и полисомнографически измеренным

соном (настоятельная рекомендация, высококачественные доказательства). Лечение

При наличии сопутствующих заболеваний клиническое заключение должно решить, следует ли лечить бессонницу или сопутствующее заболевание

в первую очередь, или лечить то, и другое одновременно. КПТ-I

КПТ-I рекомендуется в качестве ^aпервой линии лечения хронической

бессонницы у взрослых любого возраста (настоятельная

рекомендация, высококачественные доказательства). Фармакологические

вмешательства Если CBT-I неэффективна или недоступна, может быть

предложено фармакологическое вмешательство. BZ и BZRA

- BZ и BZRA эффективны при краткосрочном лечении бессонницы (4 недели; высококачественные доказательства).
- Новые BZRA столь же эффективны, как и BZ (доказательства среднего качества).
- BZ / BZRA с более коротким периодом полуыведения могут иметь меньше побочных эффектов, связанных с седативными средствами по утрам (доказательства среднего качества доказательства).
- Длительное лечение бессонницы с помощью BZ или BZRA обычно не рекомендуется из-за отсутствия доказательств и возможных побочных эффектов / рисков (настоятельная рекомендация, доказательства низкого качества). Пациентам, принимающим лекарства ежедневно, настоятельно рекомендуется сократить дозировку до прерывистой (убедительная рекомендация, доказательства низкого качества). Седативные антидепрессанты
- Седативные антидепрессанты эффективны при краткосрочном лечении бессонницы; необходимо тщательно учитывать противопоказания (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).

Антигистаминные препараты

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

Нейролептики

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

Мелатонин

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

Фитотерапия

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

Светотерапия и физические упражнения

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

Комплементарная и

- 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 BZ, бензодиазепин; BZRA, агонист бензодиазепиновых рецепторов; CBT-I, когнитивно-поведенческая терапия бессонницы; КТ, компьютерная томография; ЭКГ, электрокардиограмма; ЭЭГ, электроэнцефалограмма; МРТ, магнитно-резонансная томография.

Клинический алгоритм

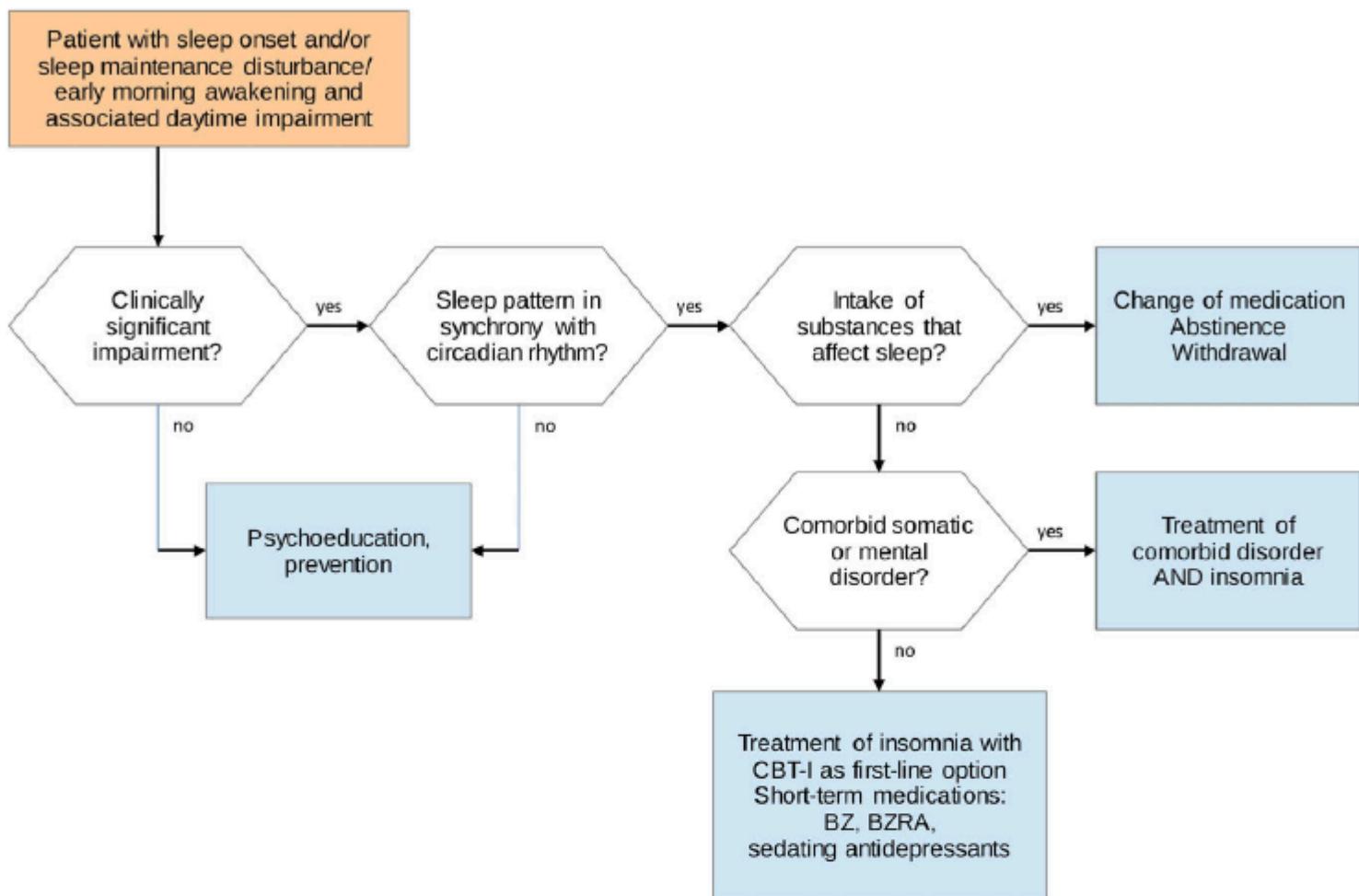


Рисунок 1. Клинический алгоритм диагностики и лечения бессонницы. Если пациент страдает от нарушений начала засыпания / поддержания сна / раннего утреннего пробуждения и связанных с этим нарушений в дневное время, он / она является кандидатом на применение данного руководства. Если симптомы не являются серьезными, достаточными для определения клинически значимого нарушения, следует применять психообразовательные / профилактические мероприятия (например, гигиена сна).

Если симптомы клинически значимы, врач, следуя диагностическому процессу, описанному в таблице 3, должен проверить возможные циркадные предпосылки, потребление психоактивных веществ (например, алкоголя) и соматические и психические сопутствующие заболевания. Положительные результаты в любой из этих областей должны привести к соответствующим вмешательствам (например, бессонница в сочетании с высоким потреблением алкоголя: воздержание от алкоголя и т.д.).

Последовательность лечения (бессонница в сравнении с сопутствующими заболеваниями), то есть последовательное или одновременное, определяется врачом.

Когнитивно-поведенческая терапия бессонницы (CBT-I) всегда должна рассматриваться как лечение первой линии, такие препараты, как бензодиазепины (BZ), агонисты бензодиазепиновых

рецепторов (BZRA) или седативные антидепрессанты, рекомендуются только для кратковременного применения. [Цветной рисунок можно посмотреть по ссылке wileyonlinelibrary.com] исследовано в одном метаанализе, проведенном Странксом и Кроу (2014). Основываясь на своих выводах,

они предлагают золпидем из BZ и BZRAs для улучшения водительских способностей. Ферстер и др. (2006) и зопиклон оказывают значительное негативное воздействие на следующий день показали, что BZ и зопиклон приводят к нарушению когнитивных функций при вождении. Другие заметные результаты в отношении способностей. Кроме того, Рапопорт и др. (2009) и Дассанаяке к негативному воздействию BZRA относятся: Том и др. (2016), et al. (2011) показали значительную корреляцию между использованием BZ которые сообщили, что использование золпидема было связано с несчастными случаями. Сочетание употребления алкоголя и приема BZ повышает риск перелома бедра и черепно-мозговой травмы, чем еще больше увеличивает риск несчастных случаев. Следует отметить, что седативные средства эзопиклон; Sun et al. (2016a), которые продемонстрировали, что значительные антидепрессанты также повышают риск несчастных случаев. Очевидная связь между применением золпидема и самоубийствами Обсуждалась, хотя и противоречиво, независимо от того, были ли BZ попытки, а также завершенные самоубийства; и Joya et al. a BZRA повышают риск смертности. Что касается (2009) имеющихся доказательств того, что ВОЗ продемонстрировала повышенный риск незначительных инфекций, Palmaro et al. (2015) провели исследование с использованием эзопиклона и золпидема по сравнению с анализом двух крупных когортных исследований, проведенных во Франции

плацебо. Что касается когнитивных эффектов после прекращения длительного употребления BZ, один метаанализ показал, что негативные эффекты могут длиться до 6 месяцев (Barker et al., 2004). В свете полученных данных Гласс и др. (2005) пришли к выводу, что нежелательные побочные эффекты перевешивали преимущества BZ / BZRA использование в пожилом возрасте 60 лет.

(n = 60 000 пациентов) и Великобритания (n = 90 000 пациентов). Эти авторы показали, что случайный прием BZ был связан с увеличением смертности. Более того, данные Американского онкологического общества свидетельствуют о том, что сочетание бессонницы с приемом снотворных может быть связано с повышенной смертностью (Kripke, 2009, 2011, 2013; Kripke

et al., 1979, 2002). В дальнейших исследованиях (Frandsen et al., 2014; Дженнум и др., 2015, 2016) изучалась смертность, связанная с применением BZ, 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 коллежа 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, BZRAc, 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 получат 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-I 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-I 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 (ACT; 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 BZRAc, 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, - необходимы дальнейшие 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 Бурю, 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.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: ЕВРОПЕЙСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО БОРЬБЕ С БЕССОННИЦЕЙ

	Оплата выступлений за участие (SE), консультативные советы и консалтинг (ABC).	Финансовая деятельность вне темы	Патенты/ авторские права	Другие несвязанные платежи
Авторы				
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	Поддержка исследований: РесМед, Респироникс, Вифор
Бьюрватн	R: учебники Нет	Нет	Нет	Фарма, UCB
Гроссель	R: учебники	Нет	Нет	Pharma Нет
Эллис	ABC: UCB pharma	Нет	Нет	Нет Нет
Эспи	SE: Big Health Ltd, Warnford Wellness R: учебные пособия	нет	Акционер и соучредитель Big Health Ltd	Нет
Гарсия-Боррегеро	Нет	Нет	Нет	Нет
Хъерстад	Нет	Нет	Нет	Нет
Гонсалвес	Нет	Нет	Нет	Нет
Хертенштейн	R: учебников Янссон-Фраймарк Нет	Нет Нет	Нет Нет	Нет
Jennum		Нет	Нет	Нет
Leger Nissen	ABC: Biocodex, Philips, Vanda,	Нет	Нет	Нет
Parrino	Actelion, Jazz SE:	Нет	Нет	Нет
Paunio	Vanda	Нет	Нет	Нет
Pevernagie	Pharmaceuticals Нет Нет	Нет	Нет	Нет
Riemann	Нет ABC: Институты поведенческой	Нет	Нет	Нет
Spiegelhalder	терапии R: учебники	нет	Нет	НЕТ
Strazisar	R: учебные пособия		Нет	
Verbraecken	SE: Институты поведенческой	Нет Нет	Нет	Нет
Weiß	терапии Нет Нет	,Нет	Нет	Нет, Нет
Wichniak	Нет SE: Анджелини, Серьёз, Лундбек	,нет	Нет	, нет
Zavalko	Нет Нет	,нет	Нет	, нет,
Zoetmulder		,нет	Нет	нет.

ЫЛКИ

- 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 практический руководство Американского колледжа врачей. Ann. Интерн. Мед., 2016, 165: 125-133.

Анколи-Инсраэль, 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. Анотаисинтави Т., Реутракул С., Ван Коутер Э. и Таккинистан,

А. 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. BMJ. 2004; 328: 1490-1494.

Бакхаус, Дж. и Риман, Д. Поручи Спанку. Hogrefe Verlag, Словакское издание Тршинец, 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.,

Депрессия: метааналитическая оценка продольных эпидемиологических-
тильезе Г., Фейге Б. и др. Бессонница как предиктор

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

Int J Sleep Med Res. 2014; 18: 195-212.

J. Clin. Sleep. Med. Rev., 2014, 18:

Льбони, С., Нановска, С., Реген, У. и др. Социальные и психические расстройства

Мета-анализ полисомной граffических исследований. Psy-

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., Адамантidis, 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., Веккьерини М. Ф. и

Ченнауи, М. Недосыпание и охирение.

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., Куэйно, Х., Леверье, 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.

Валермана для сна: систематический обзор и мета-анализ. Am. J.

Мед., 2006, 119: 1005-1012.

Bjorvatn, B. En Handbook til deg som Sover Darlig. 2 uitgave.

Fakbokforlaget, Oslo, 2013.

Бюрватн, 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. Am. J.

Психол. Доц., 1972, 7: 395-396.

Борбели, А. А. Двухпроцессная модель регуляции сна. Гул.

Нейробiol., 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 искусственной 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., Хугтон, Н. и др. Эффективность и

безопасность экзогенного мелатонина при первичных нарушениях сна. Мета-анализ. J. Gen. Интерн. Мед., 2005, 20: 1151-1158.

Бушеми, Н., Вандермеер, Б., Хугтон, 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 РКИ. J. Gen. Интерн. Мед., 2007, 22: 1335-1350. Бакстон, О. М. и Марчелли, Э.

Короткий и продолжительный сон положительно влияют на

ассоциируется с охирением, диабетом, гипертонией и сердечно-сосудистыми заболеваниями среди взрослых в Соединенных Штатах. Соц. науч.-мед.,

-2010, 71: 1027-1036.

Буйсс, Д. Дж., Рейнольдс, К. Ф. З-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. Бойсс, Д. Дж., Жермен, А., Моул, Д. Э. и др. Эффективность краткого

поведенческое лечение хронической бессонницы у пожилых людей. Arch. Interne. 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'Эла, Л., Страццулло, 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., Ши, Ю. НГ, НГ, К.С., Чан, С.М., Юнг, К.К., Чжан, К. Л.:

Лечение бессонницы аурикулярной 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.

Иглаукалывание при бессоннице. Система базы данных

Кокрейна. Rev., 2012, 9: CD005472. Шуварда И.,

Освальдо-Мендес М., Роско 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., Баттерэм, 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., Джост С. С. и др. Грандиозные вызовы в мире

психического здоровья. Природа, 2011, 475: 27-30.

Купер К. Л. и Релтон С. Гомеопатия при бессоннице: систематический

обзор научных данных. Sleep Med. Rev., 2010, 14: 329-337.

Крейн Р. С., Брюэр Дж., Фельман 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. Корочки

Faber, Roma, 2009.

DSM-5. Руководство по диагностике и статистике психических расстройств.

Американская психиатрическая ассоциация.

Давид, Ю., Дорфа, С., Стробл, Дж., Боланд, А., Диксон, Р. и

Уолли, Т. Сравнительная эффективность новых снотворных препаратов в краткосрочном периоде

лечения бессонницы: систематический обзор и мета-анализ.

Hum. 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. Иглаукалывание 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.

- 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.
- Эспи, С. А., MacMahon, K. M. A., Kelly, H. L. и др. Рандомизированных
клиническая эффективность судебной медсестры в ведении малых групп винтикс-
инфиритив-поведенческая терапия для бессонницы общей практики.
Son, 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
-приложением. *Son*, 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-
циион. Дж. Гипертенс., 2012, 30: 1354-1363.
- Фейге Б., Аль-Шаджлави 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., Spiegelhalder, K., Hirscher, V., Nissen, C. and
Риман Д. Микроструктура сна при первичной бессоннице: анализ
обзора и расширение. *Int. J. Psychofisiologia*, 2013, 89: 171-180.
- Фернандес-Мендоса, Дж. Бессонница с короткой продолжительностью сна
фенотип: обновленная информация о его важности для здоровья и профилактики.
Сигт. Мнение. Психиатрия, 2017, 30: 56-63.
- Фернандес-Сан-Мартин, М. И., Масафонт Р., Паласиос-Солер Л.,
Санчо-Гомес П., Кальбо-Кальдендейл 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., Квельльберг Дж., Ибсен Р. и Дженнун 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., Пьюшик, 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. Кроне, Л. и соавт. Транскраниальная прямой
ток стимуляции (ВЦП) в расстройстве,
бессонница. *Son*, 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
экзогенного мелатонина при расстройстве фазы замедленного сна: мета-обзор-
анализ. *Son*, 2010, 33: 1605-1614.
- Гласс, Дж., Ланкто, К. Л., Германн, 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., Лью, Ю. З. и др. Медитация осознанности для
бессонницы: 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.files.wordpress.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. Гайтт Г. Х.
Оксман А. Д., Вист Г. Е. и др. КЛАСС: развивающийся
консенсус в отношении оценки качества фактических данных и
силы рекомендаций. *mediations. BMJ*, 2008, 336: 924-926.
- Халлфорс, Д. Д. и Саксен, Л. Потенциал зависимости короткой половины-
бензодиазепина 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 (ИСР): краткая лечение волос для
хроническая бессонница. *Son*, 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. *Son*, 1986, 9: 38-53.
- Хертенштейн Э., Тиль Н., Лукинг М. и др. Улучшение качества жизни-
улучшения после терапии принятия и приверженности (ACT) у лиц, не
реагирующих на когнитивно-поведенческую терапию первичной бессонницы-
ния (CBT-I). *Психотер. Психосом.*, 2014, 83: 371-373.
- Hertenstein, E., Spiegelhalder, K., Johann, A. and Riemann, D.
Praventif 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
контролируемых 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.
- Хробъяртсон, А. и Гетцше, П. К. Бессильно ли плацебо? Н.
Англ. *J. Med.*, 2001, 344: 1594-1602.
- Хак Ю. К., Хаббард Дж. и Бургин П. Циркадный ритм сна
лечения. В: *Расстройства К. Бассетти, З. Догаса и П. Пенье*
(Ред.) Учебник по медицине сна. Европейское общество исследований сна-
ети, 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. Юлин Д., Рош Ф., Гремо 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. ВОЗ, Hans Huber Verlag, Берн, 1992. МКУР-3
(Международная классификация нарушений сна ICSID-3).
- Американская ассоциация медицины сна, Дармштадт, 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: 23-33.
- Дженнун, П., Баандруп, Л., Ибсен, Р. и Квельльберг, 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.
- Дженнун, П., Баандруп, Л., Иверсен, Х. К., Ибсен, Р. и Квельльберг, 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/bmjjopen-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. 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, золпидема. J. Clin. Sleep Med., 2009, 5: 377-383. Канен Дж. У., Назир Р., Седки К. и Продхан 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 Дараган П. И. Злоупотребление бензодиазепинами и Z-препаратами в Великобритании. Br. J. Psychiatry, 2014, 205: 407-408.
- Кофель 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? Бремя 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? Arch. 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. Psychiatry, 2002, 59: 131-136.
- Кристал, А. Д., Уолш, Дж. К., Ласка, Э. и др. Устойчивая эффективность eszopiclone за 6 месяцев ночных лечений: результаты рандомизированного, двойного слепого, плацебо-контролируемого исследования у взрослых с хронической бессонницей. 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 доксепина 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 лечения бессонницы у взрослых: систематический обзор и мета-анализ. Sleep Med., 2014, 15: 395-392.
- Кайл, С. Д., Морган, К., Шпигельхольдер, 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, З., 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 будильности: 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. Аурикулярная акупунктура семенами или насадками в виде гранул при первичной бессоннице: систематический обзор и мета-анализ. Альтернативный комплемент BMC. Med., 2015, 15: 103.
- Логсанд, Л. Э., Ваттен, Л. Дж., Плату, К. и Янски, И. и Янски, И. Бессонница и инфаркт 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 травмы - 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. Иглоукалывание при бессоннице после инсульта: а систематический обзор и метаанализ. Альтернативный комплемент 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
- Лежеджин, Д. С. и др. Издержки бессонницы. Sleep Med. Rev., 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 происшествиями, 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. Патофизиология бессонницы. Грудь, 2015, 147: 1179-1192.
- Ли, М., Чжан, Х. В., Хой, 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 Халикон, 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. Practika., 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 нарушениями и суицидальное поведение у пациентов с психиатрическими диагнозами: систематический обзор и мета-анализ. Сист. Сизм., 2014, 3: 18. Мэллон, Л., Броман Ю. Е., Акерстедт, Т. и Хетта, И. бессонница в популяционный опрос. Нарушение сна, 2014, 2014: 843126. Маршалл Дж., Хильдебрандт С., Сюдов Х. и Ноптинг Х. Д. Gesundheitsreport 2017 (DAK Report).
- Medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2017. Mayer, G., Wang-Weigand, S., Roth-Schechter, B., Lehmann, R., Станер С. и Партинерен 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 изменения сна, связанные с плацебо в клинических испытаниях гипноза. *Sleep Med.*, 2003, 4: 57-62.
- Макклири Дж., Козн Д. А. и Шарплз А. Л. Фармакотерапия для лечения нарушений сна при болезни Альцгеймера. База данных Кокрейна *Syst. Rev.*, 2014, 3: CD009178. Мэн Л., Чжан Ю. и Хуй Р. Взаимосвязь продолжительности сна и связь бессонницы с риском развития артериальной гипертензии: метаанализ проспективные когортные исследования. Гипертенс. Отв. ред., 2013, 36: 985-995. Майклсон Д., Снейдер Э., Паради Э. и др. Безопасность и эффективность суборексанта в течение 1 года лечения бессонницы с последующим режим прекращением лечения: рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование фазы 3. *Lancet Neurol.*, 2014, 13: 461-471.
- Миллер К. Б., Эспи К. А., Эштейн Д. Р. и др. Доказательная база терапии ограничения сна для лечения расстройства бессонницы. *Sleep Med.*. -Отпр., 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. Practika, 2012, 13: 40. Монтгомери П. и Деннис Дж. Систематический обзор нефармакологических методов 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., Тортерол П. и Панди-Перумаль С. Р. Эффекты нейролептиков 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 Клиническое руководство по Оценке и лечению. Springer, Нью-Йорк, 2004.
- Морин, К. М., Калберт, Дж. П. и Шварц, С. М. Нефармакологические вмешательства при бессоннице: метаанализ эффективности лечения. *Am. J. Psychiatry*, 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., Вальзер, А., Гуай, Б. и др. Когнитивно-поведенческий аспект терапии, отдельно или в сочетании с медикаментозным лечением, при стойкой бессоннице: рандомизированное контролируемое исследование. *JAMA*, 2009б, 301: 2005-2015.
- Мурта, Д. Р. и Гринвуд, К. М. Определение эффективного психоанализа-логических методов лечения бессонницы метаанализ. *J. Consult. Clinica. 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 Китайской фитотерапии от бессонницы: систематический обзор и метаанализ рандомизированных контролируемых исследований. *Sleep Med.*, 2015, -16: 1462-1481.
- de Niet, G., Tiemens, B., Lendemeyer, B. and Hutschemaekers, G. Расслабление с помощью музыки для улучшения качества сна: метаанализ. *J. Adv. Nurs.*, 2009, 65: 1356-1364.
- Ноффингер Э. и Буйссе Дж. Л. Лобный церебральный теплообмен как лечение бессонницы: исследование с учетом диапазона доз. Сон, 2011, 34. Реферативное приложение: A0534.
- Новак М., Мужки И., Шапиро К. М., Ретели Дж. и Конн М. С. Более широкое использование медицинских услуг страдающими бессонницей эпидемиологическая перспектива. *J. Psychosom. Res.*, 2004, 56: 527-536. Новелл, П. Д., Мазумдар, С., Буйсс, Дж., Дью, М. А., Рейнольдс, С. Ф. 3-й и Купфер Дж. Бензодиазепины и золпидем 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 Паргинен, 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 характеристика 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. Soc.*, 2011, 59: 559-562.
- Озминковски Р. Дж., Ванг С. и Уолш Дж. К. Прямые и косвенные затраты на непеченную бессонницу у взрослых в Соединенных Штатах. *-Сон*, 2007, 30: 263-273.
- Пайва, Т. Бом Соно, бао Вида. Officina do Livro. Cruz Quebrada, Лиссабон, 2008.
- Palagini, L., Bruno, R. M., Gemignani, A., Baglioni, C., Ghidoni, L. и Римана, Д. потеря сна и артериальной гипертензии: систематический комментарий. *Curr. Farm. 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., Свертсен Б., Хъреневик М. и Морен, К. М. Новая шкала для измерения бессонницы: бергенский шкала бессонницы. *Восприятие. Мот. Навыки*, 2008, 107: 691-706.
- Паллесен С., Свертсен Б., Нордхус И. Х. и Бьорватн Б. 10-летний тенденция распространенности бессонницы среди взрослого населения Норвегии. *-Sleep Med.*, 2014, 15: 173-179.
- Палмаро, А., Дюпюи, Ж. и Лапейр-Местр, М. Бензодиазепины и риск смерти: результаты двух крупных когортных исследований во Франции и Великобритания. *Euro. Нейропсихофармакол.*, 2015, 25: 1566-1577.
- Паррино Л., Смерьери А., Джилья Ф., Милиоли Г., Де Пасис Ф. и Терзано М. Г. Полисомнографическое исследование прерывистого лечения золпидемом при первичной бессоннице для поддержания сна. *Клиника. Невропсия. chopharmacol.*, 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. Разл.*, 2015, 172: 381-389.
- Перлис, М. Л., Джайлс, Д. Э. Н., Мендельсон, В. Б., Бутзин, Р. Р. и Уайтт, 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 золпидема не каждую ночь при лечении пациентов с первичной бессонницей. *J. Clin. Psychiatry*, 2004, 65: 1128-1137.
- Перлис, М. Л., Юнгквист, К., Смит, М. Т. и Померанц, Л. Когнитивный подход к лечению бессонницы. Спрингер, Нью-Йорк, 2005.
- Пиджен В. Р., Пинкварт М. и Коннер К. Метаанализ сна нарушения и суицидальные мысли и поведение. *Дж. Клиническая психотерапия*, 2012, 73: 1160-1167.

- Пиллаи В., Рот Т., Перс Т., Масс 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 золпидема на ночь: проспективное плацебо-контролируемое исследование. Сон, 2012, 35: 1551-1557.
- Рапорт М. Дж., Ланктот 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. Эспи (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.
- Риман Д. и Водерхольцер У. Первичная бессонница: фактор риска для развивается депрессия? J. Аффект. Расстройство., 2003, 76: 255-259.
- Riemann, D., Spiegelhalder, K., Feige, B. et al. Сверхвозбуждение модель бессонницы: обзор концепции и ее доказательств. Сон Med. Rev., 2010, 14: 19-31.
- Riemann, D., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Hirscher, V., Baglioni, C. и Фейдж, Б. Нестабильность быстрого сна новый путь к бессоннице? Фармакопсихиатрия, 2012, 45: 167-176.
- Риман, Д., Ниссен, К., Паладжини, Л., Отте, А., Перлис, М. Л. и Spiegelhalder, 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 erhol-samer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel Insomnie bei Erwachsenen (AWMF Registriernummer 063-003), Update 2016. Сомнология, 2017, 20: 2-44. Риттербанд, 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. Тревли многомесячный прием золпидема 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 золпиклона 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., Нойбаузер, 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., Хапке У., Макке У., Буш М. и Корс С. Häufigkeit und Verteilung von Schlafproblemen und Insomnie in der deutschen Erwachsenenbevölkerung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2013, 56: 740-748. Sexton, C. E., Storsve, A. B., Walhovd, K. B., Johansen-Berg, H. and Fjell, A. M. 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., Паллесен С. и др. Бессонница и длительное продолжительность сна является фактором риска последующей нутрораспространенности. Исследование здоровья Хордаланда. J. Sleep Res., 2009a, 18: 122-128.
- Сивертсен, Б., Оверланд, С., Бьорватн, Б., Мейландр, Дж. Дж. и Миклетун, А. Предсказывает ли бессонница отпуск по болезни? Исследование здоровья в Хордаленде . J. Psychosom. Разрешение, 2009b, 66: 67-74.
- Смит, М. Т., Перлис, М. Л., Парк, А. и др. Сравнительный мета-анализ фармакотерапии и поведенческой терапии персистирующей 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.
- Spiegelhalder, K., Backhaus, J. and Riemann, D. Schafstörungen (Fortschritte der Psychotherapie). Hogrefe, Gottingen, 2011.
- Спилман А. Дж., Каузо 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 золиплон, 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: общеноциональный популяционный опрос исследование "случай-контроль". Клиника Майо. Proc., 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. Комплимент BMC Altern. Med., 2016b, 16: 217.
- Свиман А., Лэк Л. С., Кэтчайд 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., Лерая, С. Т., Бултон, 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., Клиреманс, 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.neurobehav.2017.02.002. [Epub перед печатью] Обзор. Thiart, 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., Куз 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., Киан, М. Ю., Дойл, Дж. С., Раджаратнам, С. М. и Кеннингтон Д. Когнитивно-поведенческая терапия хронической бессонницы: систематический обзор и мета-анализ. Ann. Стажер. Мед., 2015, 163: 191-204.
- Утимура Н., Камилзе 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 экспериментального заключения о терапевтическом применении бензодиазепинов терапевтические препараты: внутривенно. Терапевтическая доза зависимости 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? международное 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.

- Van Стратен, А. и Кейперс, П. Терапия самопомощи при бессоннице: а метаанализ. *Sleep Med. Rev.*, 2009, 13: 61-71.
- Ванде Гриенд, Й. 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 Slapeloosheid*. Springer Media, Бон Страфеу 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. *Curr. 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 бензодиазепина-азепин. *Вг. J. Психиатрия*, 2006, 189: 213-220.
- Уолш, Дж. К., Кристал, А. Д., Амато, Д. А. и др. Ночное лечение первичной бессонницы при приеме золипиклона в течение шести месяцев: влияние на сон, качество жизни и ограничения в работе. *Сон*, 2007, 30: 959 968.
- Ван Ф., ын Кен Ли О., Фэнг 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 первичной бессонницы: метаанализ полисомнографических рандомизированных изолированных контролируемых исследований. Препараты для лечения ЦНС, 2014, 28: 799 816.
- Виттхен Х. У., Краузе П., Хоффлер М. и др. NISAS-2000: общенациональный скрининг на бессонницу и исследование осведомленности о ней. Распространенность и вмешательства мероприятий 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.
- By, Дж. К., Эпплман, Э. Р., Салазар, Р. Д. и Оинг, Дж. поведенческая терапия бессонницы, коморбидной с психиатрическими и медицинскими состояниями: метаанализ. *JAMA Intern. Med.*, 2015a, -175: 1461 1472.
- By, 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., Фальви К. М. и Хоанг Т. Связь между сном, и когнитивные способности у пожилых людей. *Lancet Neurol.*, 2014, 13: 1017 1028. Е., Ю. Ю., Чжан, Ю. Ф., Чен, Дж. и др. Концепции и технологии на основе Интернета поведенческая терапия бессонницы (ICBT-и) 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 бессонницы: систематический обзор рандомизированных плацебо-контролируемых испытаний. *Sleep Med. Rev.*, 2015, 19: 75 83.
- Ен, В. Ф., Чунгб, К. Ф., Пун, М. М. К., Хо, Ф. И. Х., Чжан, С. П., Чжан, З. Дж., Зиэя, 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 контролируемых испытаний. *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 С2. Контрольный список КВОРУМА.