

# Рациональная фармакотерапия депрессии, осложненной неврологической симптоматикой: хронической болью и инсомнией

К.м.н. А.В. Кучаева, д.м.н. М.Л. Максимов

КГМА — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Казань

## РЕЗЮМЕ

**Цель исследования:** изучить влияние психолептиков на пациентов с депрессией, осложненной неврологической симптоматикой, для оптимизации психофармакотерапии.

**Материал и методы:** в ретроспективном исследовании приняли участие 50 пациентов с диагнозом «непсихотическое рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести, с неврологическими симптомами» (F33.11 по МКБ-10), находившихся на стационарном лечении в ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева Министерства здравоохранения Республики Татарстан» (г. Казань, 2018 г). Дозирование психолептиков проанализировано с использованием установленных суточных доз (Defined Daily Dose, DDD-УСД), определенных анатомо-терапевтическо-химической классификацией. Пациенты получали лечение: антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики, бромиды, нестероидные противовоспалительные средства или их комбинации. Для оценки тяжести депрессии в динамике использовали шкалу Гамильтона (HDRS), для измерения интенсивности боли — визуальную шкалу интенсивности боли Вонг — Бейкер, для оценки качества сна — опросник Лидса LSEQ (Leeds Sleep Questionnaire), для оценки лечения депрессии с хронической болью и инсомнией — метод минимизации затрат.

**Результаты и обсуждение:** комбинация amitriptyline, sulpiride и bromkamphora (Dobrocam) в указанных дозах-единицах (DDD-УСД), по мнению врачей-неврологов, наиболее эффективна при депрессии с хроническим болевым синдромом и инсомнией.

Стационарное лечение больных инсомнией amitriptyline, fenazepamom и bromkamphorой (Dobrocam) сокращало среднюю длительность госпитализации, улучшало качество жизни больных, снижало частоту обращений за неврологической помощью. Частота сердечных сокращений при применении bromkamphory снижалась в лечении инсомнии у пациентов с изучаемой нами депрессией, при применении других изучаемых нами лекарственных средств — amitriptyline, sulpiride, fenazepam — увеличивалась.

Монотерапия инсомнии bromkamphorой (Dobrocam) оказалась дешевле, чем другими психолептиками, при изучаемой нами депрессии с неврологическими симптомами.

**Выводы:** результаты проведенного исследования позволяют рекомендовать изученные нами лекарственные средства — amitriptyline, sulpiride, fenazepam, bromkamphor (Dobrocam) — в лечении депрессии, осложненной неврологическими симптомами.

**Ключевые слова:** депрессия, хроническая боль, возраст, профессиональная адаптация, инсомния, седативные средства, рациональная фармакотерапия.

**Для цитирования:** Кучаева А.В., Максимов М.Л. Рациональная фармакотерапия депрессии, осложненной неврологической симптоматикой: хронической болью и инсомнией // РМЖ. 2018. № 00. С. 1–6.

## ABSTRACT

**Rational pharmacotherapy of depression, complicated by neurological symptoms: chronic pain syndrome and insomnia**

A.V. Kuchaeva, M.L. Maximov

Kazan State Medical Academy

**Aim:** to study the effect of psycholeptics in patients with depression complicated by neurological symptoms for psychopharmacotherapy optimization.

**Patients and Methods:** 50 patients were involved in the retrospective study with a diagnosis of non-psychotic recurrent depressive disorder, current episode of moderate severity, with neurological symptoms (F33.11 ICD-10), hospitalized in SAHI (State Autonomous Healthcare Institution) «Behtereve Republican Clinical Psychiatric Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan» (Kazan), 2018. Dosing of neuroleptics was analyzed using Defined Daily Doses (DDD), certain Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification. Patients received the following treatment: antidepressant drugs, tranquilizers, neuroleptics, bromides, non-steroidal anti-inflammatory drugs or combinations thereof. Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) was used to determine the severity of depression in follow-up, to measure pain intensity — Wong-Baker Faces Pain Scale, to evaluate sleep quality — Leeds Sleep Questionnaire, to assess the treatment of depression with chronic pain syndrome and insomnia — Cost Minimization Method.

**Results:** the most effective in depression, with chronic pain syndrome and insomnia, is the combination of Amitriptyline, Sulpiride and Bromkamphora (Dobrocam) at the Defined Daily Doses (DDD) according to neurologists.

*Hospital treatment of patients with chronic insomnia with Amitriptyline, Phenazepamum and Bromkamphora (Dobrocum) reduced the average time duration of hospitalization, improved the quality of patients' life, reduced frequency of seeking neurological care. Administering of Bromocamphora reduced the heart rate in the treatment of insomnia in patients with the studied depression, while with the use of other studied sedatives (Amitriptyline, Sulpiride, Phenazepamum) it was increasing.*

*Monotherapy of insomnia with Bromkamphora (Dobrocum) was cheaper than other drugs in studied depression with neurological symptoms.*

**Conclusion:** the results of the study allow us to recommend the following studied drugs: Amitriptyline, Sulpiride, Phenazepamum, Bromkamphora (Dobrocum) in the treatment of depression, complicated by neurological symptoms.

**Key words:** depression, chronic pain, age, occupational adaptation, insomnia, sedatives, rational pharmacotherapy.

**For citation:** Kuchaeva A.V., Maximov M.L. Rational pharmacotherapy of depression, complicated by neurological symptoms: chronic pain syndrome and insomnia //RMJ. 2018. № 00. P. 2–6.

## ВВЕДЕНИЕ

По данным ВОЗ, среди пациентов, страдающих хроническими болями с инсомнией, депрессивные расстройства встречаются в 4 раза чаще [1–4].

Инсомния (бессонница) при депрессии, осложненной болью, представляет собой клинический синдром, который характеризуется расстройством ночного сна и связанными с этим нарушениями в период дневного бодрствования, возникающими, даже когда времени и условий для сна достаточно [5]. В таком понимании распространенность инсомнии в общей популяции оценивается в 9–15%, при депрессии с хронической болью — в 16–25% [6]. Кроме высокой распространенности, клиническое значение инсомнии при депрессии, осложненной болью, определяется негативным влиянием, которое она оказывает на социальные аспекты, показатели экономической деятельности и состояние здоровья человека. Снижение производительности труда у больных депрессией с неврологической симптоматикой связано не столько с отсутствием на рабочем месте, сколько со снижением производительности труда при продолжении работы во время болезни. При этом экономические потери во втором случае у пациентов с депрессией с неврологической симптоматикой оказываются даже более высокими: они определяют 79% от всех экономических потерь [7, 8]. Показано, что ежегодные расходы на медицинскую помощь у пациентов с депрессией, осложненной болью и инсомнией, на 26% превышают таковые у пациентов без инсомнии. Как само это состояние, так и лечение психолептиками повышает риск дорожно-транспортных происшествий в 3 раза [9]. Для проведения рациональной фармакотерапии у пациентов с депрессией, осложненной неврологической симптоматикой, необходимы дополнительные исследования.

**Цель:** изучить влияние психолептиков на пациентов с депрессией, осложненной неврологической симптоматикой, для оптимизации психофармакотерапии.

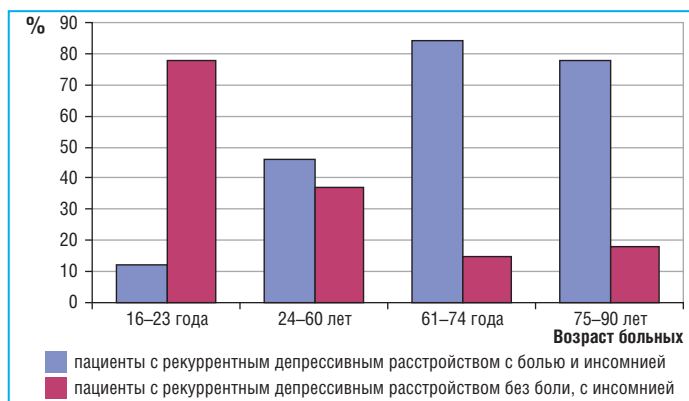
## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В ретроспективном исследовании приняли участие 50 пациентов с диагнозом «непсихотическое рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести, с неврологическими симптомами» (МКБ 10-F33.11), находившихся на стационарном лечении в ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева Министерства здравоохранения Республики Татарстан» (Казань, 2018 г.). Из 50 пациентов женщин было 37, мужчин — 13, возраст — 16–90 лет, средний возраст — 53 года. Пациенты получали лечение

антидепрессантами, транквилизаторами, нейролептиками, бромидами, нестероидными противовоспалительными средствами или их комбинациями. Основным методом исследования был клинико-психопатологический с использованием анкетирования, анализа анамнестических сведений, для оценки частоты сердечных сокращений использовали пульсометр. Изучена структура назначения психолептических лекарственных средств при рекуррентной депрессии с болью и инсомнией. Дозирование психолептиков проанализировано с использованием установленных суточных доз (Defined Daily Dose, DDD-УСД), определенных анатомо-терапевтическо-химической классификацией. Для оценки тяжести депрессии в динамике использовали шкалу Гамильтона (HDRS), для измерения интенсивности боли — визуальную шкалу интенсивности боли Вонг — Бейкер, для оценки качества сна — опросник Лидса LSEQ (Leeds Sleep Questionnaire), для оценки лечения депрессии с хронической болью и инсомнией — метод минимизации затрат. Диагнозы заболеваний соответствовали принятой в Российской Федерации Международной классификации болезней — МКБ-10. Статистическая обработка материалов проведена с использованием стандартного пакета программ Statistica 6 for Windows с параметрическими показателями оценки сравниваемых величин (критерий Стьюдента).

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По статистическим данным, из 50 обследуемых нами пациентов с депрессивными расстройствами у 78% (39 пациентов) была выявлена: головная боль (R51) — у 58%, боль, не классифицированная в других рубриках (R52) — у 42%, с бессонницей (F51.0) — у 100%, что позволяет нам предположить наличие связи между депрессией, болью и инсомнией. Отмечена высокая коморбидность депрессии и инсомнии с различными заболеваниями: частота выявления ишемической болезни сердца у больных с инсомнией выше в 2 раза, болезней урогенитальной сферы — в 3 раза, неврологических заболеваний — в 4,6 раза [10]. Из 39 пациентов с хронической болью и инсомнией, страдающих депрессией: 32 женщины (82%), 7 мужчин (18%) ( $p \leq 0,05$ ). Количественное преобладание женщин над мужчинами свидетельствует о том, что принадлежность к женскому полу у больных депрессией, является значимым фактором для развития хронической боли с инсомнией. Большая ассоциированность развития хронической боли с инсомнией у больных депрессией, по-видимому, связана с цикличностью гормональных влияний у женщин [11].



**Рис. 1.** Возрастная характеристика больных с непсихотическим депрессивным расстройством с болью и без боли с инсомнией ( $p < 0,05$ )

Нами было изучено распределение больных по возрасту (рис. 1). Выявлено, что в выборке больных с непсихотическим рекуррентным депрессивным расстройством без боли с инсомнией самая низкая их частота приходится на юношескую возрастную группу (16–23 года) ( $p < 0,05$ ). По-видимому, это объясняется наибольшей сохранностью биологических ресурсов у пациентов этого возраста, а также отсутствием сопутствующих соматических и неврологических заболеваний, которые чаще всего становятся источником депрессивных расстройств. В инволюционном возрасте у пациентов с непсихотическим рекуррентным депрессивным расстройством большая частота развития

хронического болевого синдрома связана с выраженными функциональными ограничениями, недостаточной социализацией, наличием соматической и неврологической патологии [12].

Изучены взаимосвязи между рассматриваемым нами типом депрессии в наших выборках больных с родом их занятий и профессиональной деятельностью (рис. 2). Анализ данных свидетельствует о том, что с наибольшей частотой (72%), в общей выборке больных с рекуррентной депрессией, осложненной болью и инсомнией, доминируют профессионально не занятые пациенты ( $p \leq 0,05$ ). При расспросах больных о связи «незанятости» с состоянием их здоровья было выявлено несколько вариантов причинно-следственных отношений: недостаточность биологических ресурсов для трудовой деятельности, отказ от трудовой деятельности, увеличивающей нагрузки на организм.

При сравнительном анализе распределения вариантов депрессивных расстройств по видам профессиональной деятельности видно, что в группе больных с изучаемым нами депрессивным расстройством без хронической боли с инсомнией с наибольшей частотой представлены работники сферы бизнеса, медицины, промышленности. Данное явление закономерно, поскольку известно, что работа в этих областях сопряжена со значительной степенью нервного напряжения ( $p \leq 0,05$ ). В группе больных депрессией, осложненной хроническим болевым синдромом и инсомнией, в значительном количестве представлены офисные и надомные работники, которые отмечали, что сокращение «времени длительного пребывания на ногах» способству-

# ДОБРОКАМ®

## Добрый Сон

Безрецептурный препарат для нормализации сна

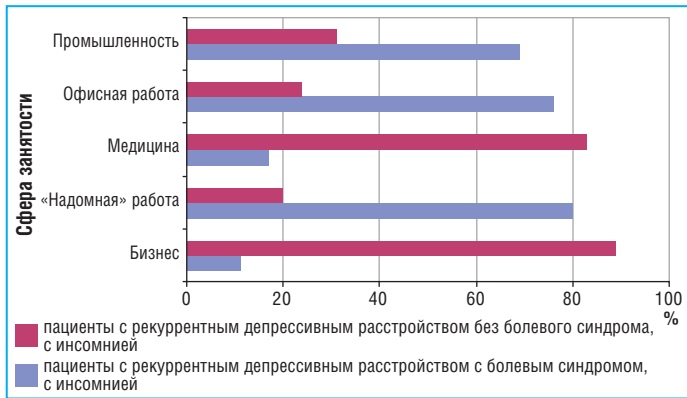
- ✓ Облегчает наступление естественного сна
- ✓ Помогает в борьбе с бессонницей
- ✓ Короткий курсовой прием – всего 10 дней



ОАО «Авексима», Москва, Ленинградский проспект, д. 31А, стр. 1, тел. +7 (495) 258-45-28

avexima  
www.avexima.ru

Имеется противопоказание. Перед применением ознакомьтесь с инструкцией или проконсультируйтесь со специалистом.



**Рис. 2.** Распределение пациентов с рекуррентной депрессией с болевым синдромом и без болевого синдрома с инсомнией по занятости в различных сферах деятельности

ет меньшему проявлению хронической боли и инсомнии (см. рис. 2).

Изучаемая нами депрессия с хроническим болевым синдромом, осложненная инсомнией, является непосредственным показанием к назначению зарегистрированных в Российской Федерации таких лекарственных средств, как антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики, бромиды и нестероидные противовоспалительные средства. Традиционно при лечении депрессий с инсомнией как с хронической болью, так и без нее применяются антидепрессанты. Трициклический антидепрессант amitриптилин применяют в психиатрической и неврологической практике более 45 лет, благодаря чему получены обширные сведения о его эффективности [13, 14]. Наиболее эффективна с позиции редукции депрессивной и болевой симптоматики (шкала Гамильтона — 6 баллов; шкала интенсивности боли Вонг — Бейкер — 2 балла) была монотерапия антидепрессантом amitриптилином 300 мг/сут. С позиции рациональной фармакотерапии лечение ибупрофеном (производным пропионовой кислоты) в дозе не более 1 г/сут в течение не более 1,5–2,0 нед. является наиболее эффективным, безопасным и оптимальным по стоимости для пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством с болевым синдромом и инсомнией. Сопутствующими нежелательными лекарственными реакциями у пациентов на фоне терапии amitриптилином были: запоры — у 42%, сухость во рту — у 35%, головокружение — у 27% ( $p < 0,05$ ); на фоне лечения ибупрофеном: боль в эпигастральной области — у 43% ( $p < 0,05$ ).

Обнаружено, что наиболее эффективной, при непсихотической рекуррентной депрессии с неврологической симптоматикой, с точки зрения врача-невролога, была комбинация: антидепрессант amitриптилин + нейролептик сульпирид + бромид бромкамфора (Доброкам). Нарушения сна не входят в показания к назначению нейролептика сульпирида, но в опубликованных рандомизированных клинических исследованиях был получен положительный эффект этого препарата со стороны показателей сна при первичной инсомнии. При этом пациенты высказывали жалобы на скованность (41%), акатизию (24%), бесспокойство (23%), усиление тревоги (12%) — побочные эффекты, вызванные приемом нейролептиков ( $p < 0,05$ ). Пациентам с непсихотическим рекуррентным депрессивным расстройством, осложненным болевым синдромом и инсомнией, требовались большие суточные дозы препаратов в единицах DDD-УСД, что говорит о повышенной потребности пациентов с сопутствующей неврологической

**Таблица 1.** Средние суточные дозы психолептиков у пациентов с непсихотической рекуррентной депрессией, осложненной болевым синдромом и без болевого синдрома, с инсомнией

Психолептические лекарственные средства	Непсихотическое рекуррентное депрессивное расстройство с инсомнией DDD-УСД (M±m)	
	без болевого синдрома	с болевым синдромом
Амитриптилин	2,31±0,2*	2,86±0,23
Сульпирид	1,52±0,12*	2,77±0,17
Феназепам	1,94±0,03*	2,04±0,15
Бромкамфора (Доброкам)	0,78±0,01*	0,86±0,01
Нимесулид	1,09±0,02*	1,44±0,11

\*  $p < 0,05$

патологией в психолептических лекарственных средствах (табл. 1).

В норме частота сердечных сокращений должна составлять от 60 до 90 ударов в минуту. У всех изучаемых нами пациентов отмечали увеличение частоты сердечных сокращений. 76% пациентов, отмечали снижение частоты сердечных сокращений при приеме бромкамфоры с 120 до 85 уд./мин ( $p < 0,05$ ). Бромкамфору (Доброкам) применяли не только как седативное средство, но и как средство, способствующее наступлению естественного сна. Можно также отметить, что для достижения седативного эффекта врачи-неврологи назначали бромкамфору в дозах, меньших 1 DDD-УСД, что говорит о недостаточном дозировании данного лекарственного средства и соответственно меньшем клиническом эффекте. Применение бромкамфоры необходимо начинать с минимальной суточной дозы по 250 мг 2 раза в день, постепенно повышая дозу.

Антидепрессанты и нейролептики (в нашем случае amitриптилин и сульпирид) обладали также анальгетическим эффектом, потенцируя действие снотворного средства — бромкамфоры (Доброкам).

Для оценки качества сна из 50 пациентов были выделены две группы: 24 пациента получали amitриптилин и бромкамфору (Доброкам) и 26 пациентов получали феназепам и сульпирид. Согласно Питтсбургскому опроснику сна балл LSEQ «засыпание» был достоверно лучше в группе amitриптилина (76,4±10,2 мм) и бромкамфоры (70,5±9,8 мм), чем в группе феназепама (64,1±4,2 мм) и сульпирида (60,1±3,1 мм); различия между терапевтическими группами по этому показателю составили 6,36 мм ( $p = 0,001$ ). Дополнительные показатели сна, включая такие пункты LSEQ, как качество сна ( $p = 0,021$ ), пробуждения во время сна ( $p = 0,040$ ), целостность поведения ( $p = 0,024$ ), суммарный балл по пунктам 4, 5 и 6 (балл инсомнии), также улучшались в достоверно большей степени при терапии amitриптилином и бромкамфорой в сравнении с группой феназепама и сульпирида.

Нами была оценена фармакотерапия психолептическими средствами пациентов с изучаемой нами депрессией с неврологической симптоматикой. Анализируя стоимость лечения психолептиками, мы вычислили суммарные дозы препаратов на каждый случай, потребовавшиеся для купирования инсомнии у пациентов с изучаемой нами депрессией. В расчетах не была учтена стоимость терапии нежелательных лекарственных реакций, наблюдавшихся при применении психолептиков.

**Таблица 2.** Экономический анализ наиболее часто используемых психолептических средств для купирования инсомнии у пациентов с депрессией с хронической болью и без боли в моно- и комплексной терапии

Психолептики	Стоимость 1 DDD, руб.	Средние суточные дозы седативных средств в единицах DDD-УСД (M±m)	Средняя стоимость 10-дневного курса лечения, руб.	Суммарная стоимость курса лечения, руб.
Амитриптилин + сульпирид + феназепам + бромкамфора	1,8 5,7 2,6 2,3	2,86±0,23 2,77±0,17 2,04±0,15 0,86±0,01	144,7 178,6 150,8 83,3	558,3
Амитриптилин + сульпирид + бромкамфора	1,8 5,7 2,3	2,86±0,23 2,77±0,17 0,86±0,01	144,7 178,6 83,3	407,2
Амитриптилин	1,8	2,86±0,23	144,7	144,7
Феназепам	2,6	2,04±0,15	150,8	150,8
Бромкамфора	2,3	0,86±0,01	83,3	83,3

Все изучаемые лекарственные средства чаще всего применяли в комбинированной терапии с другими психолептиками и в дозах в 1,5–2 раза больше DDD–УСД, что значительно увеличивало стоимость курса терапии.

Наиболее часто встречаемые комбинации психолептиков, применяемых для купирования инсомнии у 25 пациентов с депрессией с хронической болью и без боли, представлены в таблице 2.

Купирование инсомнии у пациентов с депрессией с хронической болью и без боли психолептиками, такими как амитриптилин, феназепам, бромкамфора, происходит в более короткие сроки. Бромкамфору (Доброкам) для лечения инсомнии у пациентов с изучаемой нами депрессией применяли для усиления седативного эффекта. Монотерапия психолептиками обходится дешевле, чем комплексная терапия. Монотерапия инсомнии бромкамфорой дешевле, чем другими психолептическими средствами при изучаемой нами депрессии с неврологическими симптомами (см. табл. 2).

В монотерапии при лечении инсомнии у пациентов с изучаемой нами депрессией 8 пациентов получали терапию амитриптилином, 5 — сульпиридом, 6 — феназепамом и 6 — бромкамфорой (табл. 3).

Средняя длительность госпитализации при лечении инсомнии у пациентов с депрессией транквилизатором феназепамом составила в среднем 31±2 дня, а средняя длительность госпитализации при лечении атипичным ней-

ролептиком сульпиридом — в среднем 41±3 дня. Соответственно можно было раньше переходить к режиму частичной госпитализации (домашним отпускам).

Качество ремиссии у принимавших амитриптилин, феназепам и бромкамфору было более высоким, и домашние отпуска назначали на большее число дней. Стационарное лечение больных инсомнией амитриптилином, феназепамом и бромкамфорой сокращало среднюю длительность госпитализации, улучшало качество жизни больных, снижало частоту обращения за неврологической помощью. Частота сердечных сокращений при применении бромкамфоры снижалась в лечении инсомнии у пациентов с изучаемой нами депрессией, в отличие от других изучаемых нами психолептиков — амитриптилина, сульпирида, феназепамы, которые увеличивали частоту сердечных сокращений (см. табл. 3).

Место психолептических лекарственных средств в неврологической практике до конца не определено, и различия между ними носят неоднозначный характер. Результаты проведенного исследования позволяют рекомендовать изученные нами психолептики для лечения депрессии, осложненной неврологической симптоматикой.

Таким образом, высокая распространенность пациентов с депрессией, осложненной неврологической симптоматикой, крайнее разнообразие и противоречивость оценок и мнений в отношении фармакотерапии этой патологии указывают на необходимость дальнейшего изучения данного вопроса.

**Таблица 3.** Показатели стационарного этапа лечения психолептиками инсомнии у пациентов с депрессией и хронической болью и без боли при монотерапии

Показатель	Амитриптилин	Сульпирид	Феназепам	Бромкамфора
Частота обращения за неврологической помощью	1 р./год — 54%, 1 раз в 0,5 года — 26%	1 р./год — 25%, 1 раз в 0,5 года — 31%, 1 раз в 3 мес. — 12%	1 р./год — 41%, 1 раз в 0,5 года — 34%	1 р./год — 37%, 1 раз в 0,5 года — 38%
Средняя длительность госпитализации, дней	35±3	41±3	-31±2	-37±2
Средняя суточная доза нейролептика для купирования одного приступа, мг	300	600	5	500
Показания к назначению	эффективен в качестве седативного средства, купирует депрессивную симптоматику	неэффективен в качестве седативного средства, не всегда купирует депрессивную симптоматику	эффективен в качестве седативного средства, не купирует депрессивную симптоматику	эффективен в качестве седативной терапии
Частота сердечных сокращений	увеличивает	увеличивает	увеличивает	уменьшает
Число домашних отпусков, дней	3±1	6±2	3±1	3±1

## Выводы

1. Значимость факторов и частота их проявления у изучаемых нами пациентов с депрессией, осложненной неврологической симптоматикой:
  - выявлено преобладание женщин (82%) в сравнении с мужчинами по общей группе F33 ( $p < 0,05$ );
  - в возрасте 61–90 лет пациенты наиболее подвержены депрессии, сопряженной с неврологическими симптомами;
  - профессиональная принадлежность, связанная с социально напряженной работой в сфере обслуживания — бизнесе, промышленности, медицине, является предрасполагающим фактором в частоте развития депрессивных расстройств, не осложненных хронической болью; в группе больных с депрессией с хронической болью и инсомнией с наибольшей частотой представлены работники офиса и надомной работы ( $p < 0,05$ ).
2. Стационарное лечение пациентов с инсомнией амитриптилином, феназепамом и бромкамфорой (Доброкам) сокращало среднюю длительность госпитализации, улучшало качество жизни больных, снижало частоту обращения за неврологической помощью. Частота сердечных сокращений при применении бромкамфоры снижалась в лечении инсомнии у пациентов с изучаемой нами депрессией, при применении других изучаемых нами психолептиков — амитриптилина, сульпирида, феназепама — увеличивалась.
3. Монотерапия инсомнии бромкамфорой (Доброкам) оказалась дешевле, чем другими психолептиками, при изучаемой нами депрессии с неврологическими симптомами.

## Литература

1. Аведисова А.С., Бородин В.И. От некомплаенса к отказу от психофармакотерапии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2015. Т.7. №6. С.316–318 [Avedisova A.S., Borodin V.I. Ot nonkomplaensa k otkazu ot psihofarmakoterapii // Psihiatriya i psihofarmakoterapiya. 2015. T.7. №6. S.316–318 (in Russian)].
2. Brower K.J., McCammon R.J., Wojnar M. et al. Prescription sleeping pills, insomnia, and suicidality in the National Comorbidity Survey Replication // J Clin Psychiatry. 2015. Vol. 72. №4. P.515–521.
3. Katzung B.G. Ed. Basic and Clinical Pharmacology. 7th ed. — Appleton and Lange, Stamford, CT, 2002. 1151 p.
4. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб., 1995. 565 с. [Mosolov S.N. Klinicheskoe primeneniye sovremennykh antidepressantov. SPb., 1995. 565 s. (in Russian)].
5. Полуэктов М.Г. Клинический алгоритм диагностического и лечебного выбора при инсомнии // Эффективная фармакотерапия. 2016. №12. С.22–28 [Poluektov M.G. Klinicheskii algoritm diagnosticheskogo i lechebnogo vybora pri insomnii // Effektivnaya farmakoterapiya. 2013. №12. S.22–28 (in Russian)].
6. Бородин В.И., Пучков И.И. Отказы от психофармакотерапии у больных с депрессивными расстройствами // Российский психиатрический журнал. 2013. №6. С.44–50 [Borodin V.I., Puchkov I.I. Otkazy ot psihofarmakoterapii u bol'nykh s depressivnymi rasstrojstvami // Rossijskij psichiatricheskij zhurnal. 2013. №6. S.44–50 (in Russian)].
7. Robinson D., Barker E. Tricyclic antidepressant cardiotoxicity // JAMA. 1976. Vol. 236(18). P.2089–2090.
8. Souery D., Mendlewicz J. Compliance and therapeutical issues in resistant depression // Am. J. Psychiatry. 2014. № 7. P.616–622.
9. Смуглевич А.В., Гиндикин В.Я., Аведисова А.С. и др. Применение психотропных средств в общесоматической сети // Журнал невропатол. и психиатр. 1985. Вып. 4. С.594–599 [Smulevich A.B., Gindikina V.Ya., Avedisova A.S. i dr. Primeneniye psichotropnykh sredstv v obshchesomaticheskoy seti // Zhurnal nevropatol. i psichiatri. 1985. Vyp. 4. S.594–599 (in Russian)].
10. Сtryгин К.Н., Левин Я.И. Современная терапия инсомнии: роль зопиклона // Неврология и ревматология. 2010. №1. С.48–52 [Strygin K.N., Levin Ya.I. Sovremennaya terapiya insomnii: rol' zopiklona. Nevrologiya i revmatologiya. 2010. №1. S.48–52 (in Russian)].
11. Freemantle N., Anderson I.M., Young P. Predictive value of pharmacological activity for the relative efficacy of antidepressant drugs. Meta-regression analysis // Br. J. Psychiatry. 2013. Vol. 177. P. 292–302.
12. Spielman A., Caruso L., Glovinsky P. A behavioral perspective on insomnia treatment // Psychiatric Clinic of North America. 2015. Vol. 10. P. 541–553.

12. Lichstein K.L., Taylor D.J., McCrae C.S., Petrov M.E. Insomnia: epidemiology and risk factors. In Kryger M.H., Roth T., Dement W.C. (eds.) Principles and Practice of Sleep Medicine. 6th ed. Philadelphia: Elsevier. 2016. P. 761–768.
13. Morgenthaler T., Alessi C., Friedman L. et al. Practice parameters for the use of actigraphy in the assessment of sleep and sleep disorders: an update for 2014 // Sleep. 2007. Vol. 30. №4. P.519–529.
14. Zachariae R., Lyby M.S., Ritterband L.M., O'Toole M.S. Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia — A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // Sleep Med Rev. 2016. Vol. 30. P.1–10.

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>