

**Міністерство охорони здоров'я України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи**

«УЗГОДЖЕНО»

Директор департаменту
управління організації
медичної допомоги на-
селенню МОЗ України



Р.О. МОІСЕСЬКО Р.О. МОІСЕСЬКО

2005 р.

**Діагностика і лікування
соматоформних (невротичних) розладів
у гастроентерологічних хворих
(методичні рекомендації)**

Київ, 2005

Установа - розробник:

Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України.

Укладач:

к. мед. н., асистент Сурмило Микола Миколайович,

Тел: 8-061-220 24 68

Рецензент:

професор Голубков О.З.

Голова профільної проблемної комісії МОЗ та АМН України

чл.-кор. АМН України, д. мед. н., професор Філіпов Ю. О.

З М І С Т

Перелік умовних скорочень.....	4
Вступ.....	5
Загальні критерії діагностики соматоформних розладів.....	7
Соматизований розлад (F-45).....	8
Діагностичні критерії соматизованого розладу.....	8
Недиференційований соматоформний розлад (F-45.1).....	9
Іпохондричний розлад (F-45.2).....	9
Діагностичні критерії іпохондричних розладів.....	10
Соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи (F-45.3).....	11
Стійкий соматоформний больовий розлад (F-45.4).....	11
Лікування стійкого соматоформного больового розладу (F-45.4).....	12
Інші соматоформні розлади (F-45.8).....	12
Методи лікування соматоформних розладів.....	12
- психотерапія.....	12
- фітотерапія.....	12
- рефлексотерапія.....	13
- психофармакотерапія.....	13

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- МКХ-10 - Міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду.
СРК - Синдром подразненого (роздратованого) кишковника.
ШКТ - Шлунково - кишковий тракт.
ДПК - Дванадцятипала кишка.
ФГДС - Фіброгастроуденоскопія.
УЗД - Ультразвукова діагностика.
АГТП - Антигомотоксичні препарати.

ВСТУП

В соціально - психологічній сфері сучасної цивілізації практично завжди зустрічаються пошкоджуючі психічні фактори. Звідси і назва соматоформних розладів - „хвороби цивілізації”. Серед багатьох соматоформних захворювань можна виділити групунайменш досліджених, до яких належать гастроентерологічні розлади. Останнім часом досліди довели, що межа між „органічними” та „функціональними” розладами діяльності внутрішніх органів та систем є досить невизначеною. В практичній медицині зараз все більше підтверджується точка зору, що треба враховувати не тільки соматичне пошкодження, а й психологічні та соціальні аспекти в клініці, особливо гастроентерологічних захворювань. Варто додати, що гуманізація медицини, впровадження в широку клінічну практику ідей та методів медичної психології та психотерапії орієнтує лікаря - гастроентеролога на особистісний підхід до хворої людини, примушує сприймати хворого не тільки як об'єкт, але і як суб'єкт лікування.

Соматоформні розлади можуть бути результатом стресу і зумовлені дією психотравм, або конфліктом людини з самим собою (внутрішнім конфліктом різноспрямованих мотивів).

Останнім часом ми все частіше говоримо про психосоматичну медицину і її спрямованість на пошук зв'язку між психологічними показниками переживань і поведінки та соматичними процесами, а від цього залежить і терапевтична спрямованість.

Методична розробка присвячена актуальній темі невротичних (соматоформних) розладів і розрахована на практичних лікарів - гастроентерологів, яким доводиться мати справу з пацієнтами, котрі мають соматоформний розлад і органічне захворювання шлунково - кишкового тракту. Вони постійно шукають допомоги у загально соматичних установах країни, а результати лікування тільки соматичної складової страждання не задовольняють ні пацієнта, ні лікаря.

Методичні рекомендації на цю тему для гастроентерологів підготовлені для видання вперше. Рекомендовані методи лікування впроваджені в роботу лікувально - профілактичних закладів м. Запоріжжя та викладаються на кафедрах ЗМАПО.

В останні роки спостерігається ріст невротичних станів, що супроводжують клініку соматичного захворювання, або ж є основною причиною страждання. На жаль, це не завжди вчасно розпізнається навіть на етапі стаціонарного лікування, що приводить до необґрунтованих обстежень, не ефективного тривалого лікування а іноді і до проведення хірургічних втручань.

Найбільш вразливі для невротичних розладів хворі з діагнозами захворюванням печінки, жовчного міхура і жовчновивідних

шляхів, підшлункової залози і кишечника. Часто має місце одночасний пребіг соматичного та соматоформного розладу.

За нашими спостереженнями, у жінок із клінікою захворювання шлунка і ДПК органічна природа скарг підтверджена в 83,3% (чоловіків - 100 %); із клінікою захворювань печінки - 33,3% (чоловіків - 87,5%); підшлункова залоза була причиною скарг у 26,7% жінок і 60% чоловіків.

Захворювання кишечника дуже часто органічного субстрату не має, але хворі потребують лікування з приводу синдрому подразненого кишечника з дискінетичними порушеннями та дисбактеріозом (якщо вони мають місце).

Симптомокомплекс депресії присутній в різному ступені виразності в більшості хворих (91%); іпохондричний синдром має місце в 58%; синдром абдомінального болю відзначений у 100% чоловіків і жінок.

У хворих, яким вперше був виставлений гастроентерологічний діагноз (як правило, хронічний гастродуоденіт), органічна причина скарг була підтверджена в 64% чоловіків і в 31% жінок. Хворі з непідтвердженою органічною патологією потребують лікування у гастроентеролога з приводу функціональних порушень органів травлення (не виразкова диспепсія, дискінезії шлунку, підшлункової залози, печінки та жовчовивідних шляхів, жовчного міхура, синдром подразненого кишечника) і лікування у лікаря - психіатра, психотерапевта

Таким чином, гастроентерологічні хворі в більшості випадків страждають невротичними порушеннями різного ступеня виразності, що інтегровані в симптомокомплекс органічного захворювання. Звертає на себе увага той факт, що психосоматичні розлади в жінок спостерігаються в 2 - 3 рази частіше, ніж у чоловіків.

У первинних хворих виявляються соматоформні розлади в 69% жінок і в 36% чоловіків молодого віку. У старших вікових групах з'являється соматична складова і зі збільшенням віку хворих вона зустрічається частіше. Таким чином, за нашими спостереженнями, соматоформні дисфункції передують органічним захворюванням органів ШКТ і це вимагає своєчасної психосоматичної корекції - як медикаментозної, так і психотерапевтичної.

У хворих з негативними результатами обстеження (ФГДС, УЗД й ін.) слід в обов'язковому порядку застосовувати додаткові дослідження моторно - секреторної функції органів ШКТ. У всіх обстежених хворих з непідтвердженою соматичною складовою виявляються рухові і секреторні порушення у функції шлунка, кишечника, печінки, підшлункової залози і кишечника.

Іноді у хворих з діагнозом захворювання печінки або підшлункової залози в даних біохімічних досліджень не виявлялося відхилень від норми навіть у період маніфестації скарг. При цьому в хворих старших вікових груп малися виставлені соматичні діагнози, із приводу яких вони вже лікувалися неодноразово. Як правило, при додаткових методах дослідження виявлялися вікові і судинні зміни в досліджуваних органах (фіброз, атрофія, кальцифікати, гемангіоми, кісти, ішемія і т.д.), які не дозволяли виключити соматичну складову страждання.

Згідно рекомендацій МКХ-10 термін «хвороба» замінений терміном «розлад»; «психосоматичний» - «соматоформний»; «істеричний» - «диссоціативний». Необхідно переходити на нову міжнародну термінологію та ідеологію - традиційний розподіл на неврози і психози в новій класифікації не використовується, під терміном «невротичний» розуміються розлади, зв'язані зі стресом або іншими психологічними причинами.

ЗАГАЛЬНІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ

Головною ознакою наявності соматоформного розладу в хворих є повторюване виникнення симптомів захворювання, в тому числі гастроентерологічного характеру. Хворі постійно вимагають медичних обстежень. При одержанні негативних результатів обстеження ці хворі не вірять запевнянням лікарів про відсутність у них соматичного захворювання. У випадку виявлення гастроентерологічної патології вона не пояснює клінічну картину і виразність симптоматики, що маніфестує. Спроби лікаря зв'язати захворювання з наявністю в анамнезі хворого психотравмуючих ситуацій, симптомів депресії пацієнти відкидають. Досить часто пацієнти вступають на цій основі в конфлікт із лікуючим лікарем, скаржаться адміністрації, наполягають на продовженні обстеження і лікування гастроентерологічного захворювання.

Соматоформні розлади вимагають проведення ретельного диференціального діагнозу з таким захворюванням як іпохондричне марення, коли ідеї хворого суперечать здоровому глуздові, зберігаються довгостроково, а при соматоформних розладах ступінь переконаності на короткий час знижується під впливом аргументації. Проведення нових обстежень, що дають негативний результат, сприяє цьому. Розглянемо більш детально різні види соматоформних розладів.

СОМАТИЗОВАНИЙ РОЗЛАД (F-45)

У етіології мають значення соціальні, генетичні, культуральні й етнічні фактори. Серед них мають особливе значення наслідування батькам, погані умови життя, особливості уваги і когнітивні порушення. У гастроентерологічних хворих соматизовані розлади виявляються найчастіше абдомінальним болем, відрижкою повітрям, стравохідними рефлюксами, нудотою і блювотою, шкірними феноменами (сверблячка, печіння, поколювання, оніміння, хворобливість). Можуть мати місце сексуальні і менструальні проблеми. Усі ці скарги описуються в драматичній, перебільшеній манері. Цей «стандартний комплект» існує в даних хворих протягом декількох років, вони проходять складний і тривалий діагностичний шлях і тривалі курси лікування, що виявляється малоефективним. Досить часто в цих хворих проводяться хірургічні операції. Розлад часто сполучається з тривалим порушенням соціального, міжперсонального і сімейного функціонування.

У гастроентерологічних хворих дане захворювання переважає в жінок і починається в молодому віці. Часто в клініці присутні скарги на аномальні шкірні відчуття - сверблячка, печіння, поколювання, оніміння або хворобливість. Іноді ці скарги збігалися з відповідними зонами шкірної гіперестезії Захар'їна - Геда, але на відміну від справжніх соматичних зон шкірної гіперестезії, вони мали множинний і постійно новий характер.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ СОМАТИЗОВАНОГО РОЗЛАДУ

а) наявність протягом не менш 2 років множинних варіабельних соматичних симптомів, яким не знайдено адекватного соматичного пояснення;

б) постійна недовіра різним лікарям, що намагалися переконати пацієнта в наявності органічної причини в їхньому стражданні, відмова виконувати їх поради;

в) деяка частина порушення сімейного і соціального поведіння може бути віднесена за рахунок природи симптомів.

Диференціальна діагностика соматизованих розладів проводиться з такими захворюваннями:

а) Соматична патологія - імовірність появи не нижче, ніж у звичайних людей у тім же віці. Запідозрити сполучення соматизованого розладу з незалежним соматичним можна у випадку зміни акцентів у скаргах, стабільності скарг у процесі лікування гастроентерологічної патології, вимагань продовжувати обстеження.

б) Афективні (депресивні) і тривожні розлади. Практично завжди, у різному ступені виразності, сполучаються в гастроентерологічних хворих із соматизованим розладом. Поява множинних, не підтверджених об'єктивно, соматичних симптомів у віці після 40 років може свідчити про ранню маніфестацію первинного депресивного розладу.

в) Іпохондричний розлад. Увага хворого спрямована на наявність передбачуваного прогресуючого і серйозного захворювання і його інвалідизуючих наслідках. Пацієнт наполягає на обстеженні для підтвердження природи захворювання. Відношення до медикаментозного лікування негативне, хворі побоюються приймати ліки, шукають заспокоєння і підтримки за рахунок частих візитів до лікаря. При соматизованому розладі акцент пацієнт робить на самих симптомах і їхній індивідуальній появі, просить про лікування для видалення наявних симптомів. Це супроводжується надлишковим уживанням ліків.

г) Маревні розлади (шизофренія із соматичним маренням, депресивні розлади з іпохондричними ідеями). Характерні вигадливі, нечисленні ідеї і більш постійна природа соматичних симптомів.

Для профілактики маніпулювання і проведення великої кількості непотрібних медичних обстежень і втручань хворому доцільно систематичне консультування у лікаря - психіатра. Дуже важлива постійна раціональна психотерапія, що вимагає наявності мотивації і підготовки в лікаря. При наявності симптомів депресії краще застосовувати антидепресанти - селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну („флуоксетин КМП", „ципраміл", „сертралин", „пароксетин", „флувоксамін" по 20-40 мг) або „миртазапін" 15-45 мг за один прийом. Необхідно враховувати, що антидепресивний ефект настає через 7-14 днів після початку лікування. Тривалість терапії повинна бути не менш 1-6 місяців.

НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ СОМАТОФОРМНИЙ РОЗЛАД (F-45.1)

Рекомендується використовувати цю категорію при множинних, варіабельних і тривалих „соматичних" скаргах на тлі клінічної картини соматоформного розладу. Відсутній напористий і драматичний характер пред'явлення скарг, вони порівняно нечисленні, може бути цілком відсутнє порушення сімейного і соціального функціонування.

ІПОХОНДРИЧНИЙ РОЗЛАД (F-45.2)

Характерна постійна заклопотаність можливістю захворювання одним або декількома важкими і прогресуючими соматичними захворюваннями. Нормальні або звичайні відчуття і явища хворими описуються як неприємні і патологічні. Гастроентерологічні хворі

звичайно пред'являють скарги, зв'язані з органами травлення неприємний запах із рота, відрижка повітрям, відчуття кислоти в роті, відчуття руху їжі по кишечнику.

Ступінь переконаності в пацієнтів міняється від консультації до консультації, відбувається періодична зміна передбачуваного захворювання. Синдром однаково часто зустрічається в чоловіків і жінок. Спадкоємні характеристики, на відміну від соматизованого розладу, відсутні. Розлад рідко з'являється у віці після 50 років. Деякі хворі в результаті наявної в них симптоматики очолюють у родині і маніпулюють нею і соціальними структурами (лікарні, профспілки, служба соціального забезпечення). Невелика частина пацієнтів функціонує нормально.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ІПОХОНДРИЧНИХ РОЗЛАДІВ

а) наявність постійних ідей про існування одного або декількох захворювань, що обумовлюють наявну симптоматику, фіксація на передбачуваному каліцтві. Ідея зберігається навіть при одержанні негативних даних медичного обстеження;

б) недовіра різним лікарям, що намагаються їх переконати у відсутності соматичного захворювання;

в) у деяких випадках хворі з метою самолікування виробляють власні методи «оздоровлення»: дієти, зміни життєвого укладу з формуванням особливого «режиму, що шадить,»; фізичні навантаження, що не відповідають медичним показанням («зверхцінна іпохондрія»).

Диференціальний діагноз іпохондричних розладів:

а) Соматизований розлад. Для хворих з соматизованим розладом важливіше саме захворювання і його наслідки, чим окремі симптоми. При іпохондричному розладі виявляється заклопотаність пацієнта одним або двома соматичними симптомами, що постійно фігурують у бесіді з ним. Для соматизованого розладу характерні більш варіабельні і зустрічаються у великій кількості припущення про природу ймовірного захворювання.

б) Депресивні розлади - якщо депресія особливо помітна, і вона передує формуванню іпохондричних ідей, то депресивний розлад варто розцінювати як первинний.

в) Маревні розлади. Характерний високий ступінь переконаності в наявності соматичного захворювання, не властивий іпохондрії.

СОМАТОФОРМНА ДИСФУНКЦІЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ (F-45.3)

(F-45.31). Соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи верхньої частини шлунково - кишкового тракту, (включаються: невроз шлунка; психогенна аерофагія; гикавка; диспепсія; пілороспазм).

(F-45.32). Соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи нижньої частини шлунково - кишкового тракту, (включаються: психогенний метеоризм; синдром подразненого кишечника (СРК); синдром газової діареї).

Вважається, що етіологічним чинником є психологічний стрес, але це не обов'язково. Для цього розладу характерно те, що скарги хворим пред'являються таким чином, начебто вони обумовлені фізичним розладом тієї системи або органа, що цілком або в основному знаходяться під впливом вегетативної нервової системи. Сюди відносяться серцево-судинна («кардіоневроз»), дихальна («психогенна задишка і гикавка»), ШКТ («невроз шлунка» і «нервовий понос»).

Характерні симптоми двох типів, але жоден з них не вказує на фізичний розлад органа, що торкається, або системи. Перший тип симптомів відбиває вегетативне порушення - серцебиття, почервоніння обличчя, тремор. Друга група симптомів у гастроентерологічних хворих пов'язана зі скаргами на болі, печію, тяжкість та напругу в області шлунка або кишечника, відчуття роздування або розтягування, можуть бути незначні порушення фізіологічних функцій - гикавка, метеоризм.. Необов'язкова наявність в анамнезі психотравмуючої ситуації.

СТІЙКИЙ СОМАТОФОРМНИЙ БОЛЬОВИЙ РОЗЛАД (F-45.4)

Характерні скарги на постійний, важкий і психологічно гнітючий біль, що цілком не може бути пояснений фізіологічним процесом або соматичним захворюванням. Часто вдається встановити зв'язок з емоційним конфліктом або психосоціальною проблемою. У результаті таких скарг хворий шукає й одержує посилену увагу з боку колег по роботі, родичів або лікарів. Нерідко це приводить до непотрібних оперативних утручань із приводу гострого живота та хронічних захворювань органів черевної порожнини.

Диференціальний діагноз - болі при соматизованому розладі не виділяються по своїй силі і сталості серед інших скарг. Найбільше часто необхідно диференціювати з істеричною переробкою органічного болю.

і транквілізатори - „діазепам” 2,5 - 5 мг 1 - 2 оази на день; „феназепам” 0,25 - 0,5 мг 2 - 3 оази на добу; „мебікар” 0,3 - 0,9 г 3 рази на день курсом від 2 тижнів до 2 місяців.

При істеричних розладах використовують транквілізатори і малі дози нейролептичних препаратів.

Для терапії депресій (особливо масковані депресії зі скаргами на гастроентерологічну симптоматику) застосовуються антидепресанти. При виборі антидепресанти ураховується провідна симптоматика - наявність додаткової астенії, тривоги, іпохондрій та інших складових депресивного розладу, особиста реакція хворого на застосований препарат. При тяжких і тривалих депресіях призначають трициклічні антидепресанти - „амітриптілін” 0,01 - 0,025 г 1 - 2 рази на добу; „іміпрамін” 0,025 - 0,075 г 2 рази на добу, іноді в комбінації з транквілізаторів і малих доз нейролептиків.

Показані селективні інгібітори зворотного захвату серотоніна - „флуоксетин”, „флуоксетин”, „ципраміл”, „сертралін”, „пароксетин”, „флувоксамін” по 20 - 40 мг на добу або „миртазапін” по 15 - 40 мг на добу одноразово. Ефективне застосування „малих нейролептиків” - „сульпірид” („еглоніл”) 200 - 400 мг на добу 1 - 2 тижні з переходом на підтримуючу дозу 50 мг на добу протягом 1 -3 місяців; „сонапакс” 0,005 - 0,01 г 2 - 3 рази на день; „тіорідазін” 40 - 80 мг на добу. Антидепресивний ефект настає через 7 - 14 днів від початку лікування, тривалість лікування повинна бути не менше 1 - 6 місяців.

Комплексна психофармакотерапія повинна проводитись при систематичних консультаціях лікаря - психіатра.

Незважаючи на великі успіхи в фармакотерапії соматоформних розладів, з кожним роком розширюється використання альтернативних методів лікування, до яких відноситься гомеопатичні засоби. На сучасному етапі розвитку гомеопатії використовуються комплексні, композитні антигомотоксичні препарати (АГТП). Вони відповідають стандартам GMP, мають адаптований до вимог алопатичної (традиційної, основної) медицини вигляд - краплі, таблетки, ампульовані розчини та мазі. Ці препарати ефективні та безпечні, мають широку біорегулюючу дію, відсутність алергічних та побічних реакцій, відсутність протипоказань та вікових обмежень, швидку дію та незамінність при лікуванні хронічних захворювань. Вони можуть застосовуватись разом з психофармакологічними препаратами, фізіотерапією, рефлексотерапією та психотерапією. Таким чином, має місце тенденція до зміни „альтернативного” статусу гомеопатичної терапії на рівноправне місце в арсеналі медицини загальної практики.

ЛІКУВАННЯ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ АГТП

1. Астенічний стан: слабкість, підвищена стомлюваність і збудливість, дратівливість, плаксивість, підвищена чутливість до зовнішніх факторів, порушення сну, зниження працездатності, головний біль, почуття „тяжкості” у шлунку. Рекомендується „Нервохеель” по 1 таблетці 3 рази на день, на протязі 1 місяця; „Церебрум - композітум” 2,3 мл 2 - 3 рази на тиждень внутрішньом'язово №5; „Валеріанохеель” по 15 крапель 2 рази на день та 20 крапель на ніч, курс 4 тижні.

2. Тривожно - фобічний розлад: фіксація на своєму стані, медична допомога розцінюється як неадекватна, пацієнти можуть носити з собою пакет з медикаментами, почувають себе „комфортно” в лікарнях. Рекомендується „Нервохеель” по 1 таблетці 3 рази на день, на протязі 1 місяця. У пацієнтів з гострими або хронічними захворюваннями печінки додатково застосовується „Гепар - композітум” 2,2 мл 2 рази на тиждень, №5.

3. Іпохондричні розлади: пацієнти прислухаються до свого стану, починають шукати все нові і нові причини поганого самопочуття, відвідують лікарів різних спеціальностей, застосовують багато непотрібних, додаткових методів обстеження. Рекомендується „Ігнація - Гомакорд” сублінгвально або перорально по 10 крапель (на чайну ложку води) 3 рази на день, за 30 хвилин до їжі або через годину після їжі, на протязі 3 - 4 тижнів. При виразковій хворобі шлунку та ДПК, виразковому коліті, хворобі Крона застосовувати разом з „Траумель С” по 1 таблетці 3 рази на день сублінгвально 2 — 3 тижні; „Мукоза - композітум” 2,2 мл 2 рази на тиждень, №5.

4. Депресивний розлад: знижений настрій, відсутність почуття задоволення від видів діяльності, які колись були приємними, порушення сну та апетиту, коливання ваги (частіше зниження), закрепи, нудота, велика кількість скарг на функції кишково - шлункового тракту, невдоволення собою і навколишнім, буркотливість, почуття незаслужених образ та вразливість, сексуальні розлади. Рекомендується - при гастроінтестинальних проявах „Ігнація - Гомакорд” сублінгвально або перорально по 10 крапель (на чайну ложку води) 3 рази на день, за 30 хвилин до їди або через годину після їди, на протязі 3 - 4 тижнів; „Нукс воміка Гомакорд” по 10 крапель 3 рази на день перед прийомом їжі, за 30 хвилин.

ВИСНОВКИ І РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. У хворих гастроентерологічного профілю поширеність соматоформних розладів дуже висока. Усі хворі в тому або іншому ступені мають потребу в психотерапевтичній корекції емоційно-вольової сфери, що потребує колегіального ведення цих хворих лікарями гастроентерологами та психіатрами.

2. В обов'язковому порядку хворим зі скаргами на порушення функцій органів ШКТ, навіть не підтверджених даними загальноприйнятими додатковими методами дослідження (УЗД, ФГДС), необхідно проводити корекцію (кортико - вісцеральна корекція). Це проводиться за загальноприйнятими схемами лікування функціональних захворювань ШКТ - дискінезії шлунку, дискінезії жовчного міхура, не виразкової диспепсії, СРК та інших.

3. Хворі із соматоформними розладами мають потребу в тривалому лікуванні антидепресантами, нейрорептиками або транквілізаторами і їхнім сполученням у залежності від виду розладу. Рекомендовано застосовувати немедикаментозні методи лікування як під час стаціонарного лікування, так і амбулаторно.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Краткий курс психиатрии. Под ред. проф. В.П. Самохвалова. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). - Симферополь: «Сонат», 2000. - 344с.

2. „Сонапакс” в лечении психосоматических расстройств. / Здоров'я України. - №8. - 2004.- С.29

3. Терапия заболеваний желудочно - кишечного тракта с применением антигомотоксических препаратов. / Киев.- НЕЕЛ.- 2004,- 120с.