

Фармакопунктура комбинированным препаратом витаминов группы В в терапии хронической тазовой боли у женщин

К.м.н. А.М. Тынтерова¹, М.В. Шарнина¹, профессор А.П. Рачин²

¹Городская многопрофильная больница, Калининград

²ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

Синдром хронической тазовой боли нередко ассоциирован с симптомами поражения мочевыводящих путей, сексуальной, кишечной, гинекологической дисфункцией или нарушением функции мышц тазового дна при отсутствии инфекции и другой очевидной патологии.

Цель: повышение эффективности и безопасности терапии пациенток с хроническими тазовыми болями, обусловленными миофасциальным болевым синдромом с сочетанной гинекологической патологией.

Материал и методы: в исследовании приняли участие 88 женщин, средний возраст которых составил 38,9 года. Все пациентки были разделены на 2 группы (основную и группу сравнения) по 44 пациентки в каждой, которые были стандартизированы по различным изучаемым признакам. В терапии болевых синдромов больных с хроническими тазовыми болями применялся метод фармакопунктуры комбинированным поливитаминым препаратом, содержащим комплекс витаминов группы В: тиамин (В₁), пиридоксин (В₆) и цианокобаламин (В₁₂). Эффективность оценивалась с помощью комплексного болевого опросника, ответа триггерных точек, шкалы реактивной и личностной тревоги Спилберга – Ханина.

Результаты: в процессе диагностики (гинекологического и неврологического осмотра) у пациенток были выявлены следующие патологические состояния: миофасциальный болевой синдром (МФБС) грушевидной мышцы (31,8%), МФБС мышцы, поднимающей анус (56,8%), МФБС обеих мышц (11,4%). Результаты проведенного исследования позволили выявить взаимосвязь между локализацией триггерных точек и гинекологической патологией. На фоне применения у пациенток с хроническими тазовыми болями, обусловленными миофасциальным болевым синдромом и гинекологической патологией, фармакопунктуры комбинированным препаратом витаминов группы В и рефлексотерапии отмечалось достоверное снижение выраженности болевого синдрома и нормализация психоэмоционального состояния.

Заключение: по мере накопления клинического опыта необходима критическая оценка эффективности и безопасности существовавших ранее и появляющихся новых методов лечения хронической тазовой боли.

Ключевые слова: синдром хронической тазовой боли, фармакопунктура, витамины В₁, В₆ и В₁₂.

Для цитирования: Тынтерова А.М., Шарнина М.В., Рачин А.П. Фармакопунктура комбинированным препаратом витаминов группы В в терапии хронической тазовой боли у женщин // PMЖ. 2017. № 21. С. 1568–1572.

ABSTRACT

Pharmacopuncture with a combined preparation of group B vitamins in the treatment of chronic pelvic pain in women

Tynterova A.M.¹, Sharnina M.V.¹, Rachin A.P.²

¹City multi-field hospital, Kaliningrad

²Russian Research Center for Medical Rehabilitation and Balneology, Moscow

Syndrome of chronic pelvic pain is often associated with symptoms of urinary tract damage, sexual, intestinal, gynecological dysfunction or impaired function of the pelvic floor muscles with the absence of infection and other obvious pathology.

Aim: to increase the efficacy and safety of therapy for patients with chronic pelvic pain due to myofascial pain syndrome with combined gynecological pathology.

Patients and Methods: 88 women participated in the study, the mean age was 38.9 years. All patients were divided into 2 groups (the main and comparison group) of 44 patients each, standardized according to the features under study. The patients with chronic pelvic pain were treated by the method of pharmacopuncture with a combined multivitamin preparation containing a combination of neurotropic active substances of the vitamin B complex: thiamin (B₁), pyridoxine (B₆) and cyanocobalamin (B₁₂). Efficiency was assessed using a comprehensive pain questionnaire, trigger points response, Spielberg-Khanin scales of state and personal anxiety.

Results: in the course of diagnosing (gynecological and neurological examination), the following pathological conditions were detected in the patients: myofascial pain syndrome (MFPS) of the piriform muscle (31.8%), MFPS of the elevator muscle of anus (56.8%), MFBS of both muscles 11.4%. The results of the study made it possible to identify the relationship between the localization of trigger points (TP) and gynecological pathology. The use of pharmacopuncture with a combined preparation of group B vitamins and reflexotherapy in patients with chronic pelvic pain, caused by myofascial pain syndrome and gynecological pathology, showed a significant decrease in the severity of the pain syndrome and the normalization of the psycho-emotional state.

Conclusion: accumulation of clinical experience requires a critical evaluation of the efficacy and safety of the existing and new ways of treating the chronic pelvic pain.

Key words: chronic pelvic pain syndrome, pharmacopuncture, vitamins B₁, B₆ and B₁₂.

For citation: Tynterova A.M., Sharnina M.V., Rachin A.P. Pharmacopuncture with a combined preparation of group B vitamins in the treatment of chronic pelvic pain in women // RMJ. 2017. № 21. P. 1568–1572.

В последние годы научные исследования в области хронических заболеваний и синдромов, к которым относят хроническую цефалгию, постоянную боль в спине, хроническую инсомнию и другие состояния, привлекают пристальное внимание [1–4]. И это не случайно. Важно осознавать, что успех в решении этой категории проблем зависит от углубленного изучения гендерных и возрастных особенностей патогенеза, определения специфических клинических маркеров и разработки новых методов терапии хронических состояний [5, 6].

Актуальность проблемы

Синдрому хронической тазовой боли в настоящее время уделяется внимание во многих научных публикациях [7, 8]. Он нередко ассоциирован с симптомами поражения мочевыводящих путей, сексуальной, кишечной, гинекологической дисфункцией или нарушением функции мышц тазового дна при отсутствии инфекции и другой очевидной патологии [9–12]. Около 15% обращений к гинекологу обусловлено хронической тазовой болью [13]. Среди самых частых причин боли выступают эндометриоз, воспалительный процесс и венозный застой в малом тазу [14–16].

Наряду с гинекологической и урологической патологией, значительное место в патогенезе синдрома хронической тазовой боли занимает миофасциальный болевой синдром (МФБС) [17]. МФБС вызван хроническим спазмом мышечно-связочного аппарата малого таза [18]. Длительно существующий мышечно-тонический синдром приводит к возникновению миофасциального синдрома, появлению триггерных точек (ТТ) и отраженных болевых паттернов [19, 20]. В большинстве случаев болезненный спазм и активные триггеры у женщин обнаруживаются в мышце, поднимаю-

щей анус, и в грушевидной мышце [21]. Кроме того, длительно существующие упорные тазовые боли влияют на психоэмоциональное состояние женщины, негативно отражаясь на качестве ее жизни. Особое внимание следует уделить пациенткам с сочетанной патологией, у которых этиологическими факторами формирования синдрома хронической тазовой боли являются одновременно как гинекологическая патология, так и миофасциальный болевой синдром мышц тазового дна. По причине множественности патогенетических аспектов формирования синдрома хронической тазовой боли у женщин необходима оптимизация терапии этой категории больных [22–24]. Современные подходы к терапии пациенток с синдромом хронической тазовой боли подразумевают не только медикаментозную терапию гинекологического и неврологического профиля. Важное значение приобретают рефлексотерапия, массаж и фармакопунктура – введение лекарственных препаратов в акупунктурные точки и ТТ [25, 26].

В настоящее время большое внимание отводится исследованиям антиноцицептивного и противовоспалительного эффектов витаминов группы В у пациентов с болевыми синдромами, в т. ч. применения этих препаратов в фармакопунктуре. Учитывая большую процент совпадения локализации акупунктурных точек и ТТ мышц тазового дна, фармакопунктуру препаратами витаминов группы В можно принять как метод выбора для борьбы с болевым синдромом и применять в комплексе с другими методами иглорефлексотерапии.

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности и безопасности терапии пациенток с хроническими тазовыми болями, обусловленными миофасциальным болевым синдромом с сочетанной гинекологической патологией, а задачами – изучение влияния

Таблица 1. Стандартизация групп исследования

| Показатель | | Фармакопунктура витаминами группы В | Группа сравнения | p |
|--|---|---|--|-------|
| | | Средний возраст 37,2 года, % (абсолютное число) | Средний возраст 40,6 лет, % (абсолютное число) | |
| Выраженность болевого синдрома (по КБО 1) | Сильная боль (7–10 баллов) | 40,9% (18) | 50% (22) | 1,000 |
| | Умеренная боль (3–6 баллов) | 59,1% (26) | 50% (22) | 1,000 |
| Наличие умеренной и высокой личностной тревожности (31 балл и более по шкале Спилберга – Ханина) | | 100% (44) | 100% (44) | 1,000 |
| МФБС | ТТ мышцы, поднимающей задний проход | 59,1% (26) | 54,5% (24) | 1,000 |
| | ТТ грушевидной мышцы | 29,5% (13) | 34,1% (15) | 1,000 |
| | Сочетанные ТТ | 11,4% (5) | 11,4% (5) | 1,000 |
| Болезненность ТТ. При пальпации | Безболезненные | 38,6% (17) | 31,8% (14) | 1,000 |
| | Болезненные при глубокой пальпации | 45,5% (20) | 54,5% (24) | 1,000 |
| | Болезненные при поверхностной пальпации | 15,9% (7) | 13,7% (6) | 1,000 |
| Гинекологическая патология | Вагинальная инфекция | 38,6% (17) | 43,1% (19) | 1,000 |
| | Эндометриоз | 13,7% (6) | 11,4% (5) | 1,000 |
| | Сочетанная патология | 47,7% (21) | 45,5% (20) | 1,000 |
| Получавшие классическую рефлексотерапию | | 100% (44) | 100% (44) | 1,000 |
| Получавшие миорелаксанты | | 100% (44) | 100% (44) | 1,000 |
| Уровень боли на прошлой неделе (КБО 4) | | 100% (44) | 100% (44) | 1,000 |
| Влияние боли на жизнь | Затруднение ежедневной деятельности (КБО 2) | 100% (44) | 100% (44) | 1,000 |
| | Степень удовлетворенности в социальной жизни (КБО 3) | 100% (44) | 100% (44) | 1,000 |
| | Степень взаимоотношений с супругом (супругой) в связи с болью (КБО 6) | 100% (44) | 100% (44) | 1,000 |
| | Степень аффективного дистресса (КБО 5) | 100% (44) | 100% (44) | 1,000 |

комбинированной терапии гинекологического профиля, рефлексотерапии и фармакопунктуры с комплексом витаминов В₁, В₆, В₁₂ на купирование болевого синдрома и улучшение функционального и психоэмоционального состояния данной категории пациенток.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 88 женщин, средний возраст которых составил 38,9 года.

Критерии включения пациенток в исследование:

- верифицированный диагноз МФБС с наличием ТТ в грушевидной мышце и мышце, поднимающей задний проход;
- болевой синдром 3 балла и выше по визуальной аналоговой шкале боли;
- патология гинекологического профиля (эндометриоз и др.).

Критериями исключения пациенток из исследования служили возраст менее 18 лет, беременность, лактация, противопоказания к рефлексотерапии.

Все пациентки были разделены на 2 группы (основную и группу сравнения) по 44 пациентки в каждой, которые были стандартизированы по различным изучаемым признакам (табл. 1).

В терапии болевых синдромов больных с хроническими тазовыми болями применялся метод фармакопунктуры комбинированным поливитаминным препаратом, содержащим комбинацию нейротропных активных веществ комплекса витаминов группы В: тиамин (В₁), пиридоксин (В₆) и цианокобаламин (В₁₂). Эти витамины играют особую роль в качестве коферментов в промежуточном метаболизме, протекающем в центральной и периферической нервной системе.

Доказано, что эффективность сочетанного применения витаминов В₁, В₆ и В₁₂ выше, чем эффективность каждого в отдельности. Сочетанное действие этих витаминов выражается в ускорении процессов регенерации поврежденных нервных волокон. Витамины В₁, В₆ и В₁₂ организм не способен синтезировать самостоятельно, потому так важно терапевтическое их введение, которое восполняет недостаточное поступление витаминов с пищей, чтобы обеспечить необходимое количество коферментов в организме.

Терапевтическое применение этих витаминов при различных заболеваниях нервной системы направлено на то, чтобы, с одной стороны, компенсировать существующий дефицит (возможно, из-за повышенной потребности организма, обусловленной непосредственно заболеванием) и, с другой стороны, чтобы стимулировать естественные механизмы, направленные на восстановление функции нервных тканей.

В нашем исследовании была выбрана методика введения препарата в область 4–6 акупунктурных точек (32, 33, 34, 35, 54-я – меридиана мочевого пузыря, 1, 2, 3, 4-я – задних срединных меридианов) в дозе 0,4–0,5 мл в каждую 2 р./нед. курсом 2–3 нед. При этой методике обеспечивались инактивация ТТ и непосредственно фармакопунктура. Терапия проводилась на фоне применения миорелаксантов, иглорефлексотерапии и терапии заболеваний гинекологического профиля.

В ходе проведения исследования выполнялись следующие диагностические процедуры:

- МРТ поясничного отдела позвоночника с целью исключения вертеброгенной патологии;

- интравагинальное пальпаторное исследование мышц тазового дна до и после лечения;

- осмотр гинеколога;
- осмотр невролога;

• выраженность болевого синдрома определялась путем анкетирования по комплексному болевому опроснику (КБО), сокращенному в применении к данному исследованию. Учитывались ответы на первый вопрос «Оцените уровень вашей боли на данный момент» по 10-балльной шкале (КБО 1) и четвертый вопрос: «Насколько сильной была Ваша боль в течение прошедшей недели?» по 10-балльной шкале (КБО 4);

- миофасциальные синдромы мышц тазового дна оценивались пальпаторно по следующим параметрам:

0 баллов – ТТ отсутствуют,

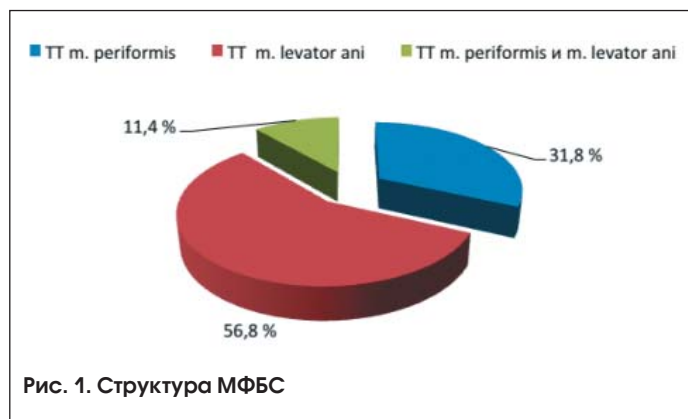
1 балл – ТТ присутствуют, но неболезненные,

2 балла – ТТ присутствуют, болезненны при глубокой пальпации,

3 балла – ТТ присутствуют, болезненны при поверхностной пальпации [15];

- уровень реактивной и личностной тревожности определялся с помощью шкалы реактивной и личностной тревоги Спилберга – Ханина;

- степень аффективного дистресса (страдания) оценивалась по шкале КБО 5. Учитывался ответ на вопрос: «Какова степень страдания, причиняемого Вам Вашей болью?». Влияние боли на качество жизни оценивалось по шкалам КБО 2 (затруднение ежедневной жизнедеятельности на фоне боли), КБО 3 (влияние боли на удовлетворение от участия в социальной жизни). Степень поддержки близких людей в связи с болевым синдромом оценивалась по шкале КБО 6. Учитывался ответ на вопрос: «Насколько Ваша боль изменила Ваши взаимоотношения с супругом и семьей?».



Все показатели оценивались до и после проведенного лечения в обеих группах.

В процессе диагностики (гинекологического и неврологического осмотра) у пациенток были выявлены следующие патологические состояния: МФБС грушевидной мышцы (31,8%), МФБС мышцы, поднимающей анус (56,8%), МФБС обеих мышц (11,4%) (рис. 1.)

У всех больных была диагностирована та или иная гинекологическая патология. В 15,9% случаев выявлена вагинальная инфекция (лептотрихоз, бактериальный вагиноз), в 15,9% – эндометриоз, а в 47,7% – сочетанная патология (рис. 2).

ТТ определялись пальпаторно при интравагинальном и неврологическом осмотре. Безболезненные ТТ определялись в 29,5% случаев; ТТ болезненные при глубокой пальпации – в 26,1% случаев; ТТ болезненные при поверхностной пальпации – в 44,3% случаев (рис. 3).

Результаты проведенного исследования позволили выявить взаимосвязь между локализацией ТТ и гинекологической патологией. Так, МФБС грушевидной мышцы отмечался только на фоне вагинальной инфекции, тогда как МФБС мышцы, поднимающей анус, преобладал на фоне вагинальной инфекции в 28,0% случаев, на фоне эндометриоза в 64,0% случаев и на фоне сочетанной патологии в 8,0% случаев.

Все клинические показатели, зарегистрированные при обследовании пациенток, были адаптированы для математической обработки и изучались с использованием методов многомерного статистического анализа. Для проверки близости к нормальному распределению значений факторов и параметров (т. е. сопоставления теоретически и экспериментально полученных распределений) были использованы критерий Пирсона χ^2 и критерий Колмогорова – Смирнова. Для статистической обработки данных применялась программа SPSS 17.0

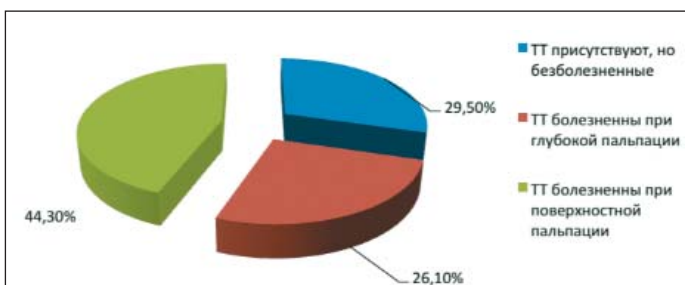


Рис. 3. Характеристика миофасциальных ТТ

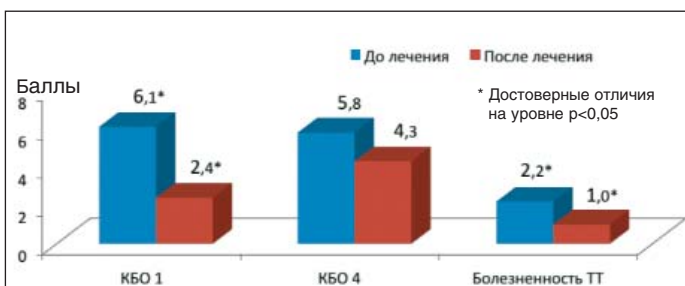


Рис. 4. Динамика выраженности болевого синдрома до и после лечения в основной группе исследования (согласно КБО и исследованию ТТ)

Результаты исследования

Курс терапии был полностью завершён в обеих сравниваемых группах. Переносимость пациентами терапии была хорошей, случаев отказа или прекращения терапии не зарегистрировано.

Согласно результатам проведенного исследования, комплексная терапия с использованием фармакопунктуры комбинированным препаратом витаминов группы В существенно повышает эффективность терапии пациентов с болевыми синдромами, вызывая достоверное уменьшение интенсивности или полное купирование болевого синдрома ($p < 0,05$).

Так, среди пациенток, в лечении которых применялся метод фармакопунктуры, наблюдалось уменьшение выраженности боли по показателям КБО 1 (с $6,1 \pm 0,24$ до $2,4 \pm 0,15$ балла), КБО 4 (с $5,8 \pm 0,24$ до $4,3 \pm 0,24$ балла) и оценке болезненности ТТ в грушевидной мышце и мышце,

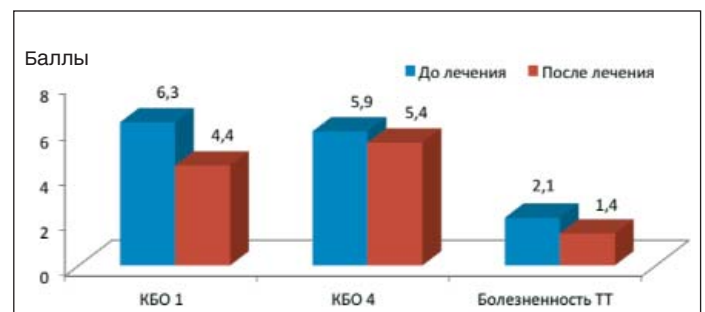
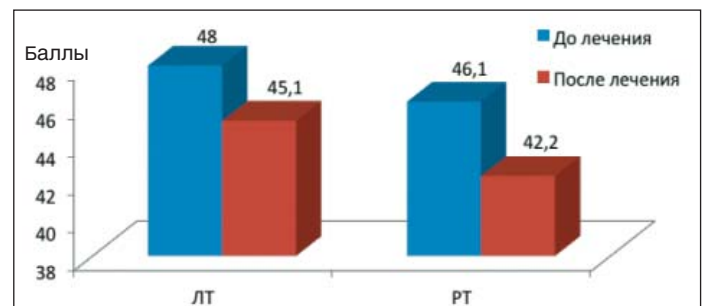
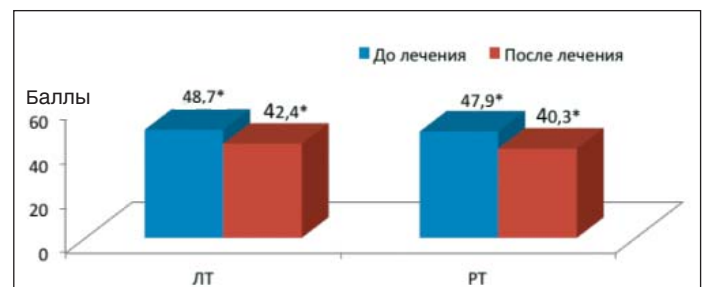


Рис. 5. Динамика выраженности болевого синдрома до и после лечения в контрольной группе исследования (согласно КБО и исследованию ТТ)



* Достоверные отличия на уровне $p < 0,05$;
РТ – реактивная тревожность;
ЛТ – личностная тревожность

Рис. 6. Психоэмоциональное состояние пациенток контрольной группы исследования до и после терапии (согласно шкале тревоги Спилберга – Ханина)



* Достоверные отличия на уровне $p < 0,05$;
РТ – реактивная тревожность;
ЛТ – личностная тревожность

Рис. 7. Психоэмоциональное состояние пациенток основной группы до и после терапии (согласно шкале тревоги Спилберга – Ханина)

поднимающей анус (с $2,2 \pm 0,09$ до $1,0 \pm 0,06$) ($p < 0,05$) (рис. 4).

В то же время среди пациенток контрольной группы отмечалось не столь значительное и статистически недостоверное снижение болевого синдрома по шкале КБО 1 (с

Таблица 2. Сравнительная характеристика болевого синдрома и психоэмоционального состояния пациенток в контрольной и основной группах до и после лечения

| Показатель | Основная группа (N 44) | | Контрольная группа (N 44) | |
|--|------------------------|------------------|---------------------------|-----------------|
| | до лечения | после лечения | до лечения | после лечения |
| Выраженность болевого синдрома (КБО 1) | $6,1 \pm 2,4^*$ | $2,4 \pm 1,5^*$ | $6,3 \pm 2,2$ | $4,4 \pm 2,1$ |
| Степень страдания, причиняемого болью (КБО 5) | $6,8 \pm 2,2^*$ | $3,1 \pm 1,9^*$ | $6,3 \pm 2,6$ | $5,0 \pm 2,7$ |
| Болевой синдром при пальпации ТТ | $2,2 \pm 0,9^*$ | $1,0 \pm 0,6^*$ | $2,1 \pm 0,8$ | $1,4 \pm 0,6$ |
| Уровень реактивной тревожности | $47,9 \pm 1,1^*$ | $40,4 \pm 7,2^*$ | $46,3 \pm 8,3$ | $42,3 \pm 7,9$ |
| Уровень личностной тревожности | $48,4 \pm 8,1^*$ | $42,7 \pm 7,7^*$ | $48,8 \pm 9,9$ | $46,1 \pm 8,4$ |
| Выраженность болевого синдрома на прошлой неделе (КБО 4) | $5,8 \pm 2,4^*$ | $4,3 \pm 2,4^*$ | $5,9 \pm 2,5$ | $5,4 \pm 2,3$ |
| Затруднение ежедневной деятельности (КБО 2) | $6,6 \pm 2,2^*$ | $2,8 \pm 1,9^*$ | $6,3 \pm 2,5$ | $4,5 \pm 2,0$ |
| Степень удовлетворения от участия в социальной жизни (КБО 3) | $6,2 \pm 2,4$ | $4,1 \pm 2,1$ | $6,0 \pm 2,9$ | $5,0 \pm 2,9$ |
| Взаимоотношения с супругом (КБО 6) | $3,6 \pm 2,7$ | $2,7 \pm 2,4$ | $2,4 \pm 2,8^*$ | $3,7 \pm 2,9^*$ |

* Достоверные отличия на уровне $p < 0,05$

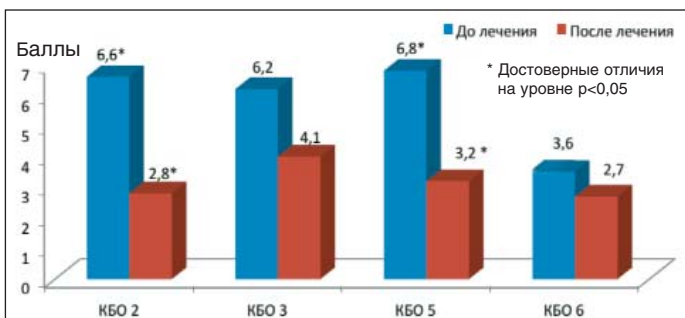


Рис. 8. Влияние боли на качество жизни в основной группе (согласно КБО)

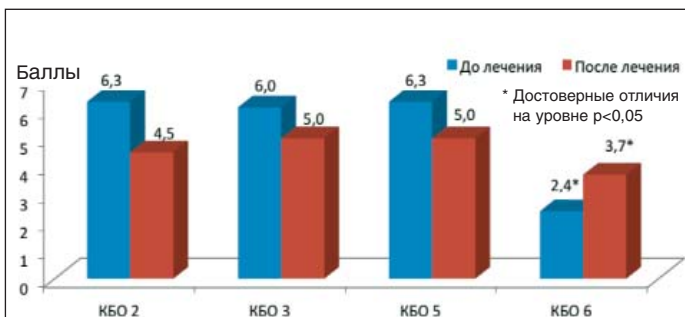


Рис. 9. Влияние боли на качество жизни в контрольной группе (согласно КБО)

$6,3 \pm 0,22$ до $4,4 \pm 0,22$ балла), по шкале КБО 4 (с $5,9 \pm 0,25$ до $5,4 \pm 0,23$ балла) и оценке болезненности ТТ в грушевидной мышце и мышце, поднимающей анус (с $2,1 \pm 0,08$ до $1,4 \pm 0,06$ балла) ($p < 0,05$) (рис. 5).

Проводимое лечение способствовало достоверному улучшению психоэмоционального состояния. Среди пациенток, в лечении которых применялась фармакопунктура поливитаминовым комплексом B_1 , B_6 , B_{12} , средний уровень реактивной тревожности уменьшился на 7,6 балла, личностной – на 6,3 балла ($p < 0,05$), в то время как в контрольной группе аналогичные показатели составили 3,9 балла и 2,9 балла соответственно (рис. 6, 7).

На фоне лечения у больных основной группы повысилась социальная активность (по КБО 2 с $6,6 \pm 0,22$ до $2,8 \pm 0,19$ балла), увеличилась степень удовлетворения от участия в социальной жизни (по КБО 3 с $6,2 \pm 0,24$ до $4,1 \pm 0,21$ балла), снизилась степень аффективного дистресса (по КБО 5 с $6,8 \pm 0,22$ до $3,2 \pm 0,19$ балла), улучшились взаимоотношения с супругом (КБО 6 с $3,6 \pm 0,27$ до $2,7 \pm 0,24$ балла) (рис. 8).

В контрольной группе на фоне отсутствия выраженного регресса болевого синдрома ухудшились взаимоотношения между супругами (по КБО 6 с $2,4 \pm 0,28$ до $3,7 \pm 0,29$ балла). Отмечалось незначительное снижение влияния боли на повседневную активность (по КБО 2 с $6,3 \pm 0,25$ до $4,5 \pm 0,20$ балла), незначительное снижение аффективного дистресса (по КБО 5 с $6,3 \pm 0,26$ до $5,0 \pm 0,27$ балла) (рис. 9).

Подводя итог проведенного исследования, необходимо отметить, что на фоне проводимой терапии пациенткам с МФБС и сочетанной гинекологической патологией в основной группе наблюдалась выраженная положительная динамика, которая проявлялась в достоверном снижении интенсивности или полном купировании болевого синдрома и уменьшении уровня выраженности тревожности и улучшения качества жизни. Тогда как в группе пациенток, в лечении которых не применялись методы фармакопунктуры, отмечена лишь незначительная статистически недостоверная положительная динамика (табл. 2).

Таким образом, в ходе выполненного нами исследования были сделаны следующие **выводы**.

1. МФБС мышц тазового дна в сочетании с гинекологической патологией является частой причиной хронической тазовой боли.

2. На фоне применения у пациенток с хроническими тазовыми болями, обусловленными миофасциальным болевым синдромом и гинекологической патологией, фармакопунктуры комбинированным препаратом витаминов группы В и рефлексотерапии отмечалось достоверное снижение выраженности болевого синдрома и нормализация психоэмоционального состояния.

Литература

1. Фразе В., Бауэр Г. Современная гомеосиниатрия: практическое руководство. Болевые синдромы опорно-двигательного аппарата, головные боли и мигрени. Т. 2. Пер. с нем. М.: Арнебия. 2006. 128 с. [Frazе V., Baujer G. Sovremennaja gomeosiniatриja: praktičeskoe rukovodstvo. Bolevyje sindromy oporno-dvigatel'nogo apparata, golovnyje boli i migreni. Т. 2. Пер. s нем. М.: Arnebija. 2006. 128 s. (in Russian)].
2. Рачин А.П., Сергеев А.В. Персен: возможности применения при тревожных расстройствах и нарушениях сна // Фарматека. 2008. №8. С. 29–32 [Rachin A.P., Sergeev A.V. Persen: vozmožnosti primeneniija pri trevožnyh rasstrojstvah i narušenijah sna // Farmateka. 2008. №8. S. 29–32 (in Russian)].
3. Рачин А.П. Терапия расстройств сна: классификационный и аналитический подходы // Справочник поликлинического врача. 2007. № 6. С.64–68 [Rachin A.P. Terapija rasstrojstv sna: klassifikacionnyj i analitičeskij podhody // Spravochnik polikliničeskogo vracha. 2007. №6. S. 64–68 (in Russian)].

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