

# РОЛЬ СУЛЬПИРИДА

## В ЛЕЧЕНИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Представлены рекомендации по лечению соматоформных расстройств с использованием препарата сульпирид (Эглонил). Анализ возможности использования сульпирида при лечении соматоформных расстройств показал, что широкий спектр действия препарата, включающий противотревожный, соматотропный и активизирующий эффекты, обеспечивает хороший терапевтический ответ при всех видах соматоформных расстройств. Высокий уровень безопасности сульпирида не только способствует более эффективному купированию симптоматики в рамках пограничной психической патологии, но и делает возможным его применение в общей медицинской практике с целью коррекции сопутствующих соматическим заболеваниям тревожных и функциональных расстройств.

**Ключевые слова:** соматоформные расстройства, терапия, сульпирид.

E.V. KOLYUTSKAYA, MD, Prof., Scientific Center of Mental Health, Moscow  
ROLE OF SULPIRIDE IN THE TREATMENT OF SOMATOFORM DISORDERS

Recommendations for treatment of somatoform disorders with use of the drug sulpiride (Eglonil) are provided. The analysis of possibility of use of sulpiride in the treatment of somatoform disorders has shown that a wide range of action of the drug, including antianxiety, growth and catalytic effects, provides a good therapeutic response in all types of somatoform disorders. A high level of safety of sulpiride not only promotes more effective relief of symptoms within the borderline mental pathology, but also makes possible its use in general medical practice for correction of concomitant somatic diseases of alarming and functional disorders.

**Keywords:** somatoform disorders, therapy, sulpiride.

Эффективная терапия соматоформных расстройств, несмотря на накопленный опыт, до настоящего времени остается одной из актуальных проблем пограничной психиатрии. Данная группа патологических состояний включает в себя целый ряд диагностических категорий, объединяющим свойством которых является имитация симптомов соматических заболеваний.

Длительная история разработки терапевтических стратегий привела многих исследователей к выводу, что в ряду психотропных средств существует группа препаратов (различных фармакологических классов) с отчетливым соматотропным действием. Данное обстоятельство позволило использовать данные медикаменты с целью купирования патологических телесных ощущений, доминирующих в клинической картине соматоформных расстройств. Одним из первых и наиболее часто используемых препаратов с соматотропным действием стал сульпирид.

Несмотря на то, что сульпирид – антипсихотик класса замещенных бензамидов, традиционно используется в терапии психотических состояний, спектр его психотропной активности на практике оказался более широким. Как показали исследования, препарат обладает дозозависимым эффектом: демонстрирует антипсихотическую активность в высоких дозах (начиная от 800 мг/сут), но в низких дозировках (100–400 мг/сут) обнаруживает свойства, значительно расширяющие сферу его применения [1, 2]. Наиболее часто используемыми эффектами сульпирида являются противотревожное действие и воздействие на соматоформную симптоматику (соматовегетативные проявления и алгии, в т. ч. и более сложные по структуре сенестопатии, сенестезии и телесные фантазии).

Психотропная активность сульпирида реализуется влиянием на допаминовую систему (блокадой дофаминовых рецепторов D2, D3 и D4 [3, 4]). Следует отметить, что в ряду современных антипсихотиков сульпирид принадлежит к числу препаратов с благоприятным профилем переносимости. Данное обстоятельство обусловлено тем, что препарат не вступает во взаимодействие с другими рецепторными системами (адренергической, холинергической, гистаминергической), что помогает избежать типичных для многих антипсихотиков нежелательных явлений.

К положительным сторонам препарата следует отнести и тот факт, что он не метаболизируется в печени. Соответственно, сульпирид не обладает гепатотоксическим действием. Более того, данное обстоятельство исключает возможность лекарственного взаимодействия с медикаментами, метаболизм которых протекает с участием изоферментов печени. Это свойство сульпирида широко используется при комбинировании его с другими препаратами (как психотропными, так и соматотропными).

К нежелательным эффектам, потенциально возможным на терапии сульпиридом, следует отнести экстрапирамидные расстройства, свойственные всем допаминергическим антипсихотикам. Однако благодаря характерной для сульпирида избирательной блокаде лишь трех типов допаминовых рецепторов частота и выраженность экстрапирамидных расстройств невысока. Можно отметить и определенную дозозависимость экстрапирамидных нарушений на терапии сульпиридом – в низких дозах (до 400–600 мг/сут) использование препарата не требует дополнительного назначения корректоров. Кроме того, возникающие экстрапирамидные расстройства, как правило, слабо выражены и исчерпываются явлениями акатизии.

Также следует указать на возможность возникновения гиперпролактинемии, обусловленной стимуляцией гипофиза вследствие блокады дофаминовых D2-рецепторов в tuberо-инфундибулярной области, которая лимитирует назначение препарата пациентам с эндокринной патологией.

С учетом спектра психотропной активности, а также высокого уровня безопасности сульпирид (Эглонил) до настоящего времени остается одним из наиболее часто назначаемых антипсихотиков в общей медицине. Исторически наиболее широкое применение препарат получил в гастроэнтерологии. В комплексной терапии большого числа заболеваний желудочно-кишечного тракта используется не только анксиолитический и соматотропный эффект препарата, но и ряд свойств, непосредственно влияющих на функцию пищеварительного тракта, – нормализация моторики (как верхних, так и нижних отделов желудочно-кишечного тракта), противодиспепсическое действие [5–7]. Также хорошо известен его заживляющий эффект в комплексном лечении язвенных и эрозивных поражений желудка, двенадцатиперстной кишки, тонкого и толстого кишечника [8–10]. Кроме того, сульпирид до настоящего времени остается препаратом «первого ряда» при лечении синдрома раздраженного кишечника как в его чистом виде, так и в качестве сопутствующего расстройства при других гастроэнтерологических заболеваниях.

Помимо гастроэнтерологии, препарат нашел применение и в других областях общей медицины. В неврологии сульпирид используется в комплексной терапии мигрени и других краниалгий в качестве средства, купирующего сопутствующие вегетативные расстройства [11, 12]. В урологии препарат применяется при функциональных нарушениях моторики мочевого пузыря, а также в целях усиления антиалгического эффекта при урогенитальных болях. Существуют также исследования, показавшие правомерность использования сульпирида в дерматологической практике. Препарат с успехом применялся в комплексной терапии (при наличии сопутствующих тревожно-фобических расстройств) при атопическом дерматите, розацеа, а также показал высокую эффективность при лечении состояний, имитирующих дерматологическую патологию, – невротических эксфолиациях [13–15].

В целом сульпирид находит применение и в других областях медицины, но в подавляющем числе случаев (за исключением гастроэнтерологии) речь идет о состояниях, осложненных тревожными и соматоформными расстройствами. Именно эти симптомокомплексы являются основными мишенями при использовании препарата в невысоких (до 400, реже 600 мг/сут) дозах.

Как уже говорилось, в психиатрической практике сульпирид применяется достаточно широко. И если для купирования острой психотической симптоматики препарат используется не так часто, то в пограничной психиатрии это один из наиболее часто назначаемых антипсихотиков.

Говоря о спектре психотропной активности сульпирида, следует в первую очередь отметить его анксиолитический эффект. Препарат используется фактически при

всем спектре тревожных расстройств, начиная от субсиндромальных панических атак и заканчивая явлениями обсессивно-компульсивного расстройства (исключая случаи с установленной лекарственной резистентностью, требующие более интенсивной антипсихотической терапии). Диапазон суточных доз, используемых для купирования тревоги, достаточно широк: от 50 мг при слабовыраженных панических приступах до 400–600 мг в случаях тяжелой хронической тревоги и стойкой агорафобии. В качестве анксиолитика сульпирид применяется при тревожных депрессиях в качестве средства усиления эффекта базисной антидепрессивной терапии.

Также широко используется еще одно свойство препарата – активирующий эффект, проявляющийся в невысоких дозах (100–400 мг/сут). В этих случаях препарат (обычно также назначаемый в комбинации с антидепрессантом) применяется при депрессиях с доминированием анергической симптоматики – астенических и апатических проявлений. Существовавшее ранее предположение о наличии в спектре психотропной активности сульпирида определенной антидепрессивной активности так и не получило дальнейшего развития. В действительности монотерапия действенна преимущественно при неглубоких депрессиях, в структуре которых преобладают явления соматизации и астении. Положительный эффект, достигаемый в этих случаях, скорее всего, объясняется другими свойствами препарата – активизирующим и соматотропным действием [2].

Несмотря на всю широту спектра терапевтической активности сульпирида, стоит отметить, что его самым уникальным свойством является воздействие на сомато-вегетативные проявления. Именно эта особенность позволяет рассматривать сульпирид в качестве препарата первого выбора в терапии соматоформных расстройств.

Как уже говорилось, соматоформные расстройства представляют собой обширную группу психопатологических состояний, в структуре которых в качестве ведущего симптомокомплекса выступают патологические телесные сенсации.

Согласно действующей международной классификации психических расстройств (МКБ-10), в этой группе выделяют:

- Соматизированное расстройство (F45.0).
- Ипохондрическое расстройство (F45.2).
- Соматоформную дисфункцию вегетативной нервной системы (F45.3).
- Устойчивое соматоформное болевое расстройство (F45.4).

Подходы к терапии соматоформных расстройств разнообразны и включают несколько классов психотропных препаратов: антидепрессанты, антипсихотики, анксиолитики (бензодиазепинового и небензодиазепинового ряда). Реже используются нормотимики и ноотропные средства. Следует отметить, что сходный набор используемых препаратов не означает наличие некоего универсального подхода к терапии вышеперечисленных расстройств, что, в свою очередь, диктует необходимость дифференцированного анализа терапевтических стратегий.

## СОМАТОФОРМНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ОРГАННЫЕ НЕВРОЗЫ)

Расстройство представлено двумя группами симптомов: собственно симптомами вегетативного возбуждения (сердцебиение, тремор, гипергидроз и др.) и патологическими телесными ощущениями, относящимися к определенным органам или органам системам: сердечно-сосудистой (F45.30: кардионевроз), верхней части желудочно-кишечного тракта (F45.31: невроз желудка, психогенная аэрофагия, икота, диспепсия, пилороспазм), нижней части желудочно-кишечного тракта (F45.32: синдром раздраженного кишечника), органам дыхания (F45.33: гипервентиляция, психогенный кашель и одышка), мочеполювой (F45.34: психогенная дизурия).

Как правило, выбор терапевтической стратегии зависит от двух основных факторов: степени выраженности соматовегетативных проявлений и локализации патологических телесных ощущений. Последнее обстоятельство нередко является определяющим в выборе препарата. К примеру, соматоформная дисфункция с доминирующими явлениями психогенной задержки мочеиспускания, как правило, исключает возможность использования трициклических антидепрессантов исходя из спектра нежелательных явлений, свойственных этим препаратам. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина также потенциально небезопасны в случаях психогенной диареи в рамках синдрома раздраженного кишечника.

Выбор антипсихотика также требует оценки спектра нежелательных явлений с точки зрения риска отрицательного влияния на те или иные симптомы «органного невроза». Исключение составляет сульпирид – хорошая переносимость препарата, а главное, наличие положительного соматотропного эффекта делают его препаратом первого выбора при всех видах соматоформных дисфункций.

Влияние сульпирида на симптоматику соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы можно рассмотреть на примере лечения пациента с явлениями кардионевроза.

Мужчина 46 лет обратился с жалобами на периодически возникающие боли в левой части грудной клетки. Данные специализированных обследований не выявили существенной патологии, что послужило поводом направления пациента к психиатру. К моменту начала лечения наблюдались приступы выраженных болей в кардиальной области, возникающие без внешней провокации, сопровождавшиеся учащенным сердцебиением, чувством нехватки воздуха, резкой потливостью. В период приступа страх смерти не наблюдался, но отмечалась выраженная тревога за свое состояние, опасения наличия заболевания сердца. По миновании приступов (расцененных как неразвернутые панические атаки) вегетативная симптоматика и явления гипервентиляции полностью редуцировались, однако сохранялись патологические телесные ощущения в кардиальной области. Обращало на себя внимание крайнее разнообразие болевых ощущений – от достаточно простых (колющих, сжимающих, давящих) до несколько вычурных (ощущение «переворачивания и смещения сердца»).

Ввиду того, что в состоянии пациента доминировали именно телесные ощущения, как гомономные (простые, имитирующие соматические симптомы), так и гетерономные (необычные ощущения, не характерные для кардиологических заболеваний), пациенту был назначен Эглонил в дозе 50 мг/сут с последующим повышением суточной дозы до 100 мг. Уже в течение первой недели терапии было отмечено выраженное снижение частоты и интенсивности панических атак. В структуре приступов редуцировались явления тревоги и сопутствующие им вегетативные расстройства. Несмотря на то что спустя две недели (сульпирид в дозе 100 мг/сут) пароксизмальные состояния уже не регистрировались, болевые ощущения стойко сохранялись в клинической картине. Полная редукция патологических телесных ощущений была достигнута в течение последующих четырех недель лечения, при этом с учетом стойкости кардиоалгий использовалась более высокая терапевтическая доза – 300 мг сульпирида в сутки.

Представленный клинический случай наглядно демонстрирует спектр терапевтической активности Эглонила (сульпирида) и особенности его использования. Можно уверенно говорить, что препарат, несомненно, обладает анксиолитическим действием – панические приступы подверглись обратному развитию в достаточно сжатые сроки. Хотя следует отметить, что монотерапия высокоэффективна преимущественно в случаях субсиндромальных панических атак, как это было в рассматриваемом клиническом наблюдении, и что терапию развернутых панических приступов (особенно в рамках панического расстройства) уместно проводить в комбинации с антидепрессантами.

***Сульпирид принадлежит к числу препаратов с благоприятным профилем переносимости. Сульпирид не вступает во взаимодействие с другими рецепторными системами (адренергической, холинергической, гистаминергической), что помогает избежать типичных для многих антипсихотиков нежелательных явлений***

Вторым важным аспектом терапевтической активности сульпирида является воздействие на патологические телесные ощущения, однако по сравнению с противотревожным эффектом для достижения редукции алгических расстройств требуются более длительные курсы лечения и в ряде случаев более высокие суточные дозировки. Другим показанием для повышения доз сульпирида является наличие в клинической картине гетерономных телесных ощущений, состояний более сложных по структуре и менее чувствительных к терапии.

Таким образом, основная тактика лечения кардионевроза строится на монотерапии сульпиридом, обеспечивающей, с одной стороны, достаточно быструю редукцию тревоги и вегетативных проявлений, в т. ч. в рамках панических атак, а с другой – обратное развитие патологических телесных ощущений. При недостаточном эффекте,

например при развернутых панических атаках и стойко сохраняющейся тревоге, необходимо повышение дозы препарата и/или усиление терапии за счет присоединения другого анксиолитика (короткого курса производных бензодиазепина либо антидепрессанта с противотревожной активностью). Коррекцию дозы в сторону повышения также уместно производить при неполной редукции болевых ощущений, а также в случаях явного доминирования в клинической картине гетерономных телесных ощущений (сенестопатий, телесных фантазий).

Сходный алгоритм терапии применим и к другим формам органических неврозов – во всех случаях лечение уместно начинать с невысоких (100–200 мг/сут) доз сульпирида, с их возможной последующей коррекцией.

В качестве дополнительной терапии при разных вариантах органических неврозов используются дифференцированные стратегии. Так, при синдроме раздраженного кишечника совместно с Эглонилом используются трициклические антидепрессанты, за исключением случаев психогенных запоров. При синдроме психогенной задержки мочеиспускания, в случае недостаточной эффективности монотерапии, применяются короткие курсы производных бензодиазепина. При синдроме гипервентиляции оправданно дополнительное назначение антидепрессантов с противотревожным действием, в т. ч. ингибиторов обратного захвата серотонина. При этом следует отметить, что необходимость в дополнительной терапии возникает обычно в случаях лекарственной резистентности либо при тяжелом течении расстройств. Состояния легкой и умеренной степени тяжести успешно купируются монотерапией при условии адекватно подобранной дозы препарата.

## СОМАТИЗИРОВАННОЕ РАССТРОЙСТВО

Соматизированное расстройство является в определенной степени антиподом органических неврозов, поскольку соматовегетативная симптоматика, наблюдающаяся при этом виде патологии, не имеет постоянной привязки к конкретной системе органов. Данный вариант соматоформного расстройства принадлежит к числу хронических состояний (согласно МКБ-10, длительность его должна превышать два года). Клиническая картина складывается из многочисленных и крайне изменчивых ощущений, имитирующих различную соматическую патологию. В отличие от органических неврозов патологические телесные ощущения проявляются сразу в нескольких системах органов и постоянно меняют локализацию. Характерны разнообразные функциональные нарушения, а также многочисленные телесные ощущения, преимущественно гомономного характера.

Диагностика соматизированного расстройства представляет серьезные трудности, поскольку симптоматика имитирует классические проявления известных соматических заболеваний, дифференциация с которыми возможна лишь при проведении адекватных жалобам обследований. Второй проблемой является необходимость исключения аффективной природы расстройств – патологические телесные ощущения нередко оказываются

одним из проявлений неглубоких хронических депрессий, например соматизированных дистимий.

Соответственно, началу терапии должно предшествовать соматическое обследование и тщательное исключение аффективных расстройств.

Использование сульпирида в случаях соматизированного расстройства наиболее предпочтительно, в первую очередь с учетом его соматотропной активности (влияние на соматовегетативные нарушения и телесные ощущения). Также его преимущественное использование показано из соображений хорошей переносимости. Для пациентов с соматизированным расстройством характерно обострение симптоматики в ответ на нежелательные явления, возникающие при использовании психотропных препаратов, с последующей фиксацией неприятных ощущений.

Основной проблемой терапии соматизированного расстройства является его хроническое течение. Соответственно, сульпирид используется не только в рамках курсового лечения, имеющего целью купирование соматизированных проявлений, но и в качестве длительной противорецидивной терапии. В этой связи выбор суточных дозировок должен не только строиться с позиций достижения максимального эффекта, но и учитывать возможность длительного приема препарата без нарушения предписанного режима дозирования.

Следует также отметить, что в случаях, когда соматизированные проявления выявляются в рамках хронических депрессий, т. е. не соответствуют критериям соматизированного расстройства, также уместно использование сульпирида, но уже в качестве дополнительного к антидепрессивной терапии препарата.

## ИПОХОНДРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

В традициях отечественной психиатрии ипохондрия является достаточно широким понятием, включающим и органические неврозы, и соматизированное расстройство, поскольку в структуре этих психопатологических образований, как правило, наблюдаются в той или иной степени выраженные ипохондрические трактовки соматовегетативных нарушений («фобическая ипохондрия», «невротическая ипохондрия»). Однако с позиций МКБ-10 ипохондрическое расстройство рассматривается как отдельная диагностическая единица. Определяющей чертой ипохондрии, по МКБ-10, являются стойкие идеи или убеждения в наличии одного или нескольких тяжелых соматических заболеваний. Наблюдаемые в клинической картине функциональные нарушения и патологические телесные ощущения трактуются с позиций разработанной больным концепции предполагаемой болезни.

Для ипохондрического расстройства характерны поведенческие нарушения, направленные на борьбу с мнимой болезнью. В отличие от пациентов с соматизированным расстройством, поведение которых исчерпывается лишь многочисленными обследованиями, больные ипохондрией имеют собственную концепцию заболевания, самостоятельно разрабатывают методы лечения, порой небезопасные, и применяют их на практике.



Именно такие нарушения поведения являются определяющей чертой ипохондрического расстройства, в то время как функциональные нарушения и патологические телесные сенсации могут быть представлены минимально (нередко одним малозначительным симптомом).

Терапевтические стратегии при ипохондрическом расстройстве имеют иную направленность, нежели таковые при соматизированном расстройстве и органических неврозах. Речь идет не о купировании патологических телесных ощущений, фактически вторичных по отношению к ипохондрическим идеям, а о коррекции идеаторных и поведенческих расстройств.

При выборе сульпирида в качестве основного средства терапии ипохондрического расстройства следует учитывать в первую очередь выраженность психопатологических нарушений. В случаях когда идеаторные расстройства не превышают уровень тревожных опасений и не наблюдается тенденций к аутодеструктивному и сутяжному поведению, возможно использование Эглонила в малых и средних дозах (100–600 мг/сут). В случаях когда ипохондрические идеи приобретают сверхценный характер и существенно отражаются на образе жизни пациентов, уместно рассматривать альтернативу между назначением сульпирида в суточных дозах выше 600 мг и использованием другого антипсихотика. Во втором случае предпочтение отдается препаратам, обеспечивающим в относительно невысоких дозах коррекцию идеаторных расстройств (галоперидол, рисперидон, оланзапин и др.).

## УСТОЙЧИВОЕ СОМАТОФОРМНОЕ БОЛЕВОЕ РАССТРОЙСТВО

Проявляется хроническими патологическими телесными сенсациями, как правило постоянной локализации, в виде стойких болевых ощущений, не имеющих под собой соматической основы. Телесные сенсации носят мучительный характер и присутствуют постоянно, в некоторых случаях с короткими эпизодами послабления интенсивности. Локализация их разнообразна: краниоалгии, боли в области живота, малого таза, позвоночника и пр.

В некоторых случаях хроническое соматоформное болевое расстройство принимает характер «ограниченной (circumscripta) ипохондрии», проявляющейся сверхценной одержимостью алгиями, сопряженной с попытками инициации оперативного вмешательства и удаления «больного органа». В этих случаях патологические телесные сенсации имеют четкую и неизменную локализацию на определенном участке тела и воспринимаются как чужеродные. В отличие от ипохондрического расстройства, у больных, как правило, не формируется систематизированных идей, объясняющих происхождение болей; аномальное поведение имеет целью избавление от боли любыми способами (операции, нетрадиционные методы лечения).

Терапевтическая тактика при устойчивом соматоформном болевом расстройстве основана, учитывая хронический характер страдания, на длительном использовании антипсихотиков, обладающих соматотропной активностью. В их ряду с учетом хорошей переносимости и безопасности сульпирид можно рассматривать в качестве препарата первого выбора. Более того, тот факт, что препарат не вызывает явлений поведенческой токсичности, делает возможным применение его в рамках длительной, иногда многолетней, поддерживающей терапии. Диапазон используемых доз колеблется в широких пределах: в некоторых случаях положительный эффект достигается на дозах 200–300 мг/сут, в случаях многолетнего существования болей оправданно более интенсивное лечение (600–800 мг/сут).

Анализ возможности использования Эглонила при лечении соматоформных расстройств показал, что широкий спектр действия препарата, включающий противотревожный, соматотропный и активизирующий эффекты, обеспечивает хороший терапевтический ответ при всех вариантах расстройств этой группы. Высокий уровень безопасности сульпирида не только способствует более эффективному купированию симптоматики в рамках пограничной психической патологии, но и делает возможным его применение в общей медицинской практике с целью коррекции сопутствующих соматическим заболеваниям тревожных и функциональных соматовегетативных расстройств.



## ЛИТЕРАТУРА

- Soares BG, Fenton M, Chue P. Sulpiride for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000, Issue 2.
- Смуглевич А.Б., Иванов С.В. Терапия психосоматических расстройств. Клинические эффекты Эглонила (сульпирида). *Психиатрия и психофармакотерап.*, 2000; 3.
- Caley CF, Weber SS. Sulpiride: an antipsychotic with selective dopaminergic antagonist properties. *Ann Pharmacother*, 1995, 2(29): 152–160.
- O'Connor SE, Brown RA. The pharmacology of sulpiride – a dopamine receptor antagonist. *Gen. Pharmacol.*, 1982, 13: 185–193.
- Дегтярева И.И., Скрыпник И.Н., Козачок Н.Н. и др. Эффективность применения сульпирида в комплексном лечении больных с заболеваниями органов пищеварения. *Сучасна гастроентерол.*, 2002, 3: 69–76.
- Cohen N, Alon I, Almozni-Sarfian D et al. Sulpiride versus metoclopramide in nononcologic patients with vomiting and nausea. *J. Clin. Gastroenterol.*, 1999, 7(29): 59–62.
- Szabelska K, Chojnacki J, Grzegorzczak K, Mamos A. Effect of prokinetic drugs inhibiting dopaminergic system on gallbladder motility in subjects with duodenal ulcer. *Pol Merkuriusz Lek*, 1999 Apr, 6(34): 188–91.
- Белова Е.В. Эффективность применения сульпирида в лечении больных с эрозиями и язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. *Клиническая медицина*, 2007, 7: 70–73.
- Бутов М.А., Кузнецов П.С., Маслова О.А. и др. Сульпирид в лечении заболеваний органов пищеварения. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*, 2007, 1: 43–47.
- Caldara R, Masci E, Cambielli M et al. Effect of sulpiride isomers on gastric acid and gastrin secretion in healthy man. *Eur. J. Clin. Pharmacol.*, 1983, 25: 319–322.
- Вейн А.М., Синячкин М.С. Сульпирид в профилактическом лечении мигрени. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 1997, 97(11): 28–32.
- De Maio D, Valzelli L, Sciegghi G. Sulpiride and headache syndromes. *Psychiatr Clin (Basel)*, 1979, 12(4): 202–8.
- Черкасова М.В., Сергеев Ю.В. Эглонил в патогенетической терапии розацеа. *Вестн. дерматол.*, 1995, 4: 40–2.
- Львов А.Н. Особенности психосоматического статуса у больных атопическим дерматитом и пути их комплексной коррекции. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2001.
- Дороженко И.Ю., Терентьева М.А. Терапия тревожных и обсессивно-компульсивных расстройств в дерматологической клинике: опыт применения Эглека (сульпирид). *Психиатрия и психофармакотерапия*, 2005, 3: 152–154.