

постуральной неустойчивостью, псевдобульбарный синдром, частичная моторная афазия, деменция легкой степени.

Представленный нами случай с выраженной очевидностью демонстрирует постинсультный вариант СП, который стал следствием перенесенного инфаркта в стратегически важной для паркинсонизма зоне — лобной доле мозга.

Больной К., 53 лет, инженер, предъявляет жалобы на головную боль, головокружение, скованность в ногах, нарушение походки, снижение памяти, затруднение речи, повышение артериального давления до 210 и 120 мм. рт. ст. Известно, что он страдает артериальной гипертонией в течение последних 7 лет (с 45 лет). Постоянно принимает эналаприл 10 мг 2 раза в день, эгилон ретард 50 мг утром. Церебрально-сосудистые кризы с повышением артериального давления до 210 и 120 мм рт. ст. наблюдаются с частотой 4-5 раз в год. Последнее время у пациента появилась скованность в ногах, нарушение походки, затруднение речи, снижение памяти. Течение заболевания характеризуется чередованием периодов ухудшения с нарастанием симптоматики (после церебрально-сосудистых кризов) и ее последующего частичного регресса. В неврологическом статусе выявляется центральный парез мимических мышц и языка справа; умеренная гипокинезия, больше выраженная в нижних конечностях, ригидность в аксиальной мускулатуре, постуральная неустойчивость, нарушение ходьбы по типу лобной дисбазии. Парезов в конечностях нет, мышечная сила достаточная, рефлексы высокие, D>S. Отмечается легкий мозжечковый синдром (атаксия в позе Ромберга, неуверенность при выполнении координаторных проб), псевдобульбарный синдром (дизартрия, рефлексы орального автоматизма). Нейропсихологическое исследование выявило умеренные когнитивные нарушения. Клинический, биохимический анализ крови и анализ мочи соответствуют норме. На глазном дне — гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки. На МРТ головы (рис. 2) в белом веществе лобных и теменных долей субкортикально и перивентрикулярно определяются множественные очаги демиелинизации с нечетким контуром, без признаков перифокального отека и множественные лакунарные кисты. Боковые и третий желудочки мозга расширены, с умеренно выраженной зоной глиоза по периферии. Субарахноидальные конвекситальные пространства и борозды умеренно расширены в области лобно-теменных долей. На основании вышеописанных данных поставлен диагноз: дисциркуляторная гипертоническая энцефалопатия с множественными лакунарными инфарктами, III стадия, с умеренным акинетико-ригидным синдромом, асимметричным пирамидным синдромом, псев-

добульбарным синдромом, умеренными когнитивными нарушениями.

Таким образом, рассмотренный нами безынсультный вариант СП, с характерными клиническими проявлениями, окончательно констатируется на томограммах двусторонним сливающимся субкортикальным лейкоареозом, значительным расширением передних рогов и множественными лакунарными инфарктами, связанными с церебральной микроангиопатией, т.е. опять определяется поражением зон риска паркинсонизма.

Библиографический список

1. Вейн, А.М. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма / А.М. Вейн, В.Л. Голубев, Я.И. Левин. — М.: МЕДпресс, 2002. — 416 с.
2. Яхно, Н.Н. Паркинсонизм: клиника, диагноз и дифференциальный диагноз / Н.Н. Яхно, И.Т. Хаташвили // Русский Медицинский журнал. — 2002. — Т. 10. — № 12-13. — С. 527-532.
3. Левин, О.С. Эпидемиология паркинсонизма и болезни Паркинсона / О.С. Левин, Л.В. Докадина // Неврол. журн. — 2005. — Т. 10. — № 5. — С. 41-49.
4. Левин, О.С. Болезнь Паркинсона: монография / О.С. Левин, Н.В. Федорова. — М.: Тула: ИПО Лев Толстой, 2006. — 256 с.
5. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's diseases: clinico-pathological study of 100 cases / A.J. Hughes, S.E. Daniel, L. Kilford, A.J. Lees // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. — 1992. — Vol. 55. — № 3. — P. 181-184.
6. Jellinger, K.A. Vascular parkinsonism Comments on Sibon et al. / K.A. Jellinger // J. Neurol. — 2005. — Vol. 252. — № 12. — P. 513-524.
7. Clinicopathological investigation of vascular parkinsonism including clinical criteria for diagnosis / J.C. Zijlmans, S.E. Daniel, A.J. Hughes et al. // Mov. Disord. — 2004. — Vol. 19. — № 6. — P. 630-640.
8. Шток, В.Н. Экстрапирамидные расстройства: Руководство по диагностике и лечению / В.Н. Шток, И.А. Иванова-Смоленская, О.С. Левин. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — С. 503-519.
9. Левин, О.С. Сосудистый паркинсонизм / О.С. Левин // Неврол. журн. — 1997. — Т. 2. — № 4. — С. 42-51.
10. Литвиненко, И.В. Нейровизуализация при паркинсонизме / И.В. Литвиненко, М.М. Одинак // Болезнь Паркинсона и расстройства движений: Рук. для врачей: по матер. I нац. конгресса / Под ред. С.Н. Иллариошкина, Н.Н. Яхно. — М., 2008. — С. 119-136.
11. Левин, О.С. Сосудистый паркинсонизм // Болезнь Паркинсона и расстройства движений: Рук. для врачей: по матер. I нац. конгресса / Под ред. С.Н. Иллариошкина, Н.Н. Яхно. — М., 2008. — С. 229-231.
12. Левин, О.С. Дифференциальная диагностика паркинсонизма / О.С. Левин, Н.В. Федорова, В.Н. Шток // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2003. — Т. 103. — № 3. — С. 54-60.
13. Ebersbach, G. Das vaskuläre Parkinson-Syndrom / G. Ebersbach, W. Poewe // Nervenarzt. — 2006. — Vol. 77. — № 6. — P. 139-147.
14. Левин, О.С. Как лечить паркинсонизм не при болезни Паркинсона? / О.С. Левин // Журнал трудный пациент. — 2008. — Т. 6. — № 5-6. — С. 29-37.

УДК616.62-008-053.7-07

Оригинальная статья

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭНУРЕЗА У ПРИЗЫВНИКОВ И МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ

А.Л. Малых — МУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть», главный врач, кандидат медицинских наук.

PECULIARITIES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF ENURESIS AT RECRUITS AND YOUNG ADULTS

A.L. Malykh — Ulyanovsk Central Sanitary Clinical Hospital, Chief Physician, Candidate of Medical Science.

Дата поступления — 5.10.09 г.

Дата принятия в печать — 15.02.10 г.

А.Л. Малых. Особенности клинических проявлений энуреза у призывников и молодых взрослых. Саратовский научно-медицинский журнал, 2010, том 6, № 1, с. 123–127.

Изучены клинические и морфофизиологические изменения у 150 подростков и молодых взрослых с энурезом, проходивших экспертную госпитализацию, определена распространенность ночного недержания мочи у призывников с 1996 по 2008 гг. Осмотр пациентов с энурезом позволил выявить высокий уровень заболеваемости патологии мочевыводящей системы и мочевого пузыря. Объективным критерием ночного недержания мочи у молодых взрослых можно считать увеличение простаты до $18,09 \pm 4,71 \text{ см}^3$. Кроме того, затяжное течение заболевания у призывников характеризовалось снижением уровня общего тестостерона, ФСГ, неспецифическими изменениями на дневных ЭЭГ, которые характерны для пациентов с регрессивным течением дисфункции лимбико-ретикулярной формации.

Ключевые слова: энурез, экспертизы энуреза, призывники.

A.L. Malykh. Peculiarities of clinical manifestations of enuresis at recruits and young adults. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2010, vol. 6, № 1, p. 123–127.

Clinical and morphophysiological changes in 150 adolescents and young adults with enuresis were under study. Nocturnal enuresis was determined in recruits born between 1996 and 2008. Examination of patients with enuresis enabled to reveal high level of incidence of urinary system and bladder. Objective criterion of nocturnal enuresis was considered to be the increase of prostate to $18,09 \pm 4,71 \text{ см}^3$. Besides, long disease course was characterized by decrease in level of general testosterone, FSH, nonspecific changes of daily EEG which are signs of regressive dysfunction of limbico-reticular formations.

Key words: enuresis, examination of enuresis, recruits.

Введение. Энурез является одним из самых часто встречающихся заболеваний в детской популяции в возрасте 5–7 лет и имеет выраженную возрастную регрессию. Однако по данным T. Neveus et al., в последнее время отмечается увеличение на 25% случаев ночного недержания мочи у призывников армии США и лиц молодого возраста [1]. Объективная диагностика этого заболевания в призывном возрасте крайне затруднительна, не разработаны достоверные критерии энуреза. Поэтому, на наш взгляд, в современных руководствах по медико-социальной и военно-врачебной экспертизе заболеваний нервной системы отсутствует раздел по диагностике и экспертизе энуреза [2, 3]. Крайне мало, в доступной нам литературе, научных исследований, посвященных особенностям клинических проявлений энуреза у призывников и молодых взрослых [4].

Цель работы – определение объективных критериев военно-врачебной экспертизы энуреза, изучение распространенности и особенностей клинических проявлений заболевания у подростков и молодых взрослых.

Методы. Для выполнения цели данной работы нами было обследовано 150 призывников в возрасте от 16 до 23 лет ($18,1 \pm 0,9$), проходивших стационарную лечение в урологическом отделении МУЗ «ЦКМСЧ» г. Ульяновска с направительным диагнозом – энурез. Группу сравнения составили 50 здоровых лиц молодого возраста.

Всем пациентам было проведено комплексное обследование, которое включало в себя клиничко-анамнестический анамнез, УЗИ почек и мочевыводящих путей с доплерографией почечных артериальных и венозных сосудов, определение объема и структуры предстательной железы, экскреторную урографию, цистоскопию, урофлоуметрию, электроэнцефалографию (ЭЭГ), реоэнцефалографию (РЭГ), фиброгастроскопию, колоноскопию и компьютерную томографию (по показаниям). Оценка неврологического статуса, помимо общепринятого осмотра, была дополнена анкетой исследованием функционального состояния вегетативной нервной системы с помощью анкеты А.М. Вейна, ортостатической пробой с оценкой когнитивной и эмоционально-волевой сфе-

ры призывника, по данным теста И.Д. Спилберга, и опросника «Индексы общего психического благополучия» [5]. Кроме того, у 30 пациентов было проведено определение концентрации половых гормонов в сыворотке крови: фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего гормона, пролактина, количества общего тестостерона. Статистический анализ результатов проводился с применением параметрических и непараметрических методов.

Поиск достоверных экспертных признаков энуреза велся, главным образом, в следующих направлениях: выявление наследственно-конституционных данных, обнаружение специфических и общих патоморфологических проявлений заболеваний в мочевыводящей системе, установление нарушений в центральной и периферической нервной системе.

Результаты. Нами был проведен анализ распространенности энуреза среди призывников Ульяновской области с 1996 по 2008 год по данным годового отчета Объединенного Военного Комиссариата области, подлежавших призыву на военную службу (рис. 1).

Анализ представленных данных показывает, что частота выявления энуреза среди призывников составила от 2,8% до 6,9%. Среди обследованных пациентов, поступивших на экспертную госпитализацию по поводу ночного недержания мочи, симуляция заболевания констатировалась от 5% до 27% призывников за рассматриваемый период.

После проведенного комплексного обследования все призывники были разделены на три группы: 1 группа – подростки и молодые взрослые, у которых диагноз энуреза был подтвержден; 2 группа – пациенты, у которых во время обследования, ночное недержание мочи не было установлено; 3 группа – призывники, которые страдали энурезом в возрасте 12–16 лет, по данным представленной медицинской

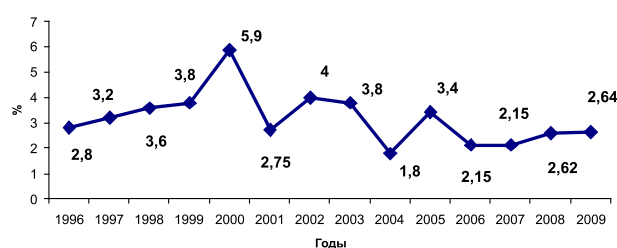


Рис. 1. Динамика распространенности энуреза среди призывников Ульяновской области с 1996 по 2008 г.

документации и детального анализа анамнеза заболевания, но этот диагноз был снят в течение двух последних лет.

Проведенный сравнительный анализ наследственной отягощенности и перинатального периода показал, что перенесенная перинатальная энцефалопатия с развитием органического поражения головного мозга, отмечалась у 52,5% пациентов энурезом, у 21,3% обследованных второй группы и 36,4% подростков 3 группы ($p < 0,01$). Наследственная отягощенность была обнаружена у 35,3% пациентов с энурезом, в том числе у 25,4% по линии отца и 9,9% по материнской линии. У здоровых обследованных II группы только у 13% отмечались случаи энуреза у близких родственников.

Для оценки расстройства мочеиспускания крайне важна частота недержания мочи (табл. 1).

Анализ приведенных данных указывает, что у 76% пациентов с энурезом, заболевание возникало с 3-х-4-х летнего возраста – периода, когда происходит задержка в формировании «зрелого типа» мочеиспускания [6]. Только у 10% ночное недержание мочи появилось после 15 лет, а старше 17 лет – у 14% обследованных.

У 65,4% пациентов, кроме жалоб на ночное недержание мочи, отмечались различные функциональные

расстройства мочеиспускания в виде императивных позывов, учащения частоты мочеиспускания, болей в пояснично-крестцовой зоне. Проведенное комплексное обследование показало высокую распространенность уронефрологической патологии, ряда соматических заболеваний у пациентов с энурезом (табл. 2).

Обсуждение. Анализ полученных результатов показал достоверно более высокий уровень распространенности различной морфофункциональной патологии у пациентов с энурезом. В первой группе количество заболеваний на 1 пациента составило в среднем 3,18; во второй – 1,44 ($r=0,42$; $p < 0,05$), в третьей группе – 1,63. Кроме того, была установлена высокая частота распространенности везикоптоза II степени у призывников с ночным недержанием мочи, которая значительно превышала соответствующий показатель у пациентов II и III групп ($r=0,35$; $p < 0,05$). Урологическое обследование функциональных состояний мочевого пузыря подтвердило изменения в виде гипотонии, атонии шейки пузыря и недостаточности внутреннего сфинктера. Данная патология чаще обнаруживалась у призывников с энурезом, чем у пациентов II и III групп ($p < 0,05$).

Установленные явления хронической циркулярной гипоксии у пациентов с расстройствами мо-

Таблица 1

Частота энуреза у призывников в исследовании

Группа	Частота энуреза недержания мочи			
	7 раз в неделю	1-2 раза в неделю	1-2 в месяц	5-6 раз в год
I группа (n=82)	5	45	23	9
II группа (n=38)	12	11	8	7
III группа (n=30)	1	3	10	16
Итого (n=150)	18	59	41	32

Таблица 2

Распространенность различных заболеваний у призывников во время экспертной госпитализации

Выявленная патология	I группа (n=82)	II группа (n=38)	III группа (n=30)
Везикоптоз	47(57%)	15 (39,4%)	12(40%)
В т.ч. II степени	32(39%)	2(6,4%)	1(3,3%)
Spina bifida posterior S1, S2, (L1 – L2)	45(54,6%)	16(51%)	9(30%)
Гипотония или атония шейки мочевого пузыря	26(31,7%)	1(2,6%)	3(10%)
Недостаточность внутреннего сфинктера мочевого пузыря	17(20,7%)	-	1(2,6%)
Хронический пиелонефрит	9(10,9%)	2(5,2%)	1(2,6%)
Варикоцеле	14(17%)	1(2,6%)	4(13,3%)
Фимоз	7(8,5%)	-	1(2,6%)
Сколиоз	11(13,4%)	2(5,2%)	1(2,6%)
Остеохондроз II-III ст.	9(10,9%)	-	-
Дефицит веса	11(13,4%)	-	1(2,6%)
Фиброз простаты	7(8,5%)	-	-
Вегето-сосудистая дистония	5(6%)	-	-
Удвоение почек	3(3,6%)	-	1(2,6%)
Прочие заболевания	19(23,1%)	10(26,3%)	9(30%)
Другие уронефрологические заболевания	11(12,2%)	4(10,5%)	3(7,8%)
Всего заболеваний на 1 больного	261 3,18	55 1,44	49 1,63

чеиспускания, проявляющиеся также местными и регионарными изменениями гемодинамики, непосредственно сказывается на морфофункциональном состоянии простаты. В ней у лиц с длительно текущим течением энуреза происходят процессы доброкачественной гиперплазии, в результате чего мышечная ткань замещается соединительнотканной [7]. Данные факты были подтверждены данными УЗИ простаты. Объем железы у пациентов с энурезом составил $18,09 \pm 4,71 \text{ см}^3$, у здоровых призывников – $9,99 \pm 2,09 \text{ см}^3$ ($p < 0,001$). Разница в объеме простаты между группами составила 89%. Кроме того, у 7 пациентов с энурезом был обнаружен фиброз предстательной железы.

Анализ дневных ЭЭГ показал различные изменения биоэлектрической активности мозга (БЭА) у 84,4% обследованных призывников. Среди патологических признаков на ЭЭГ преобладали общемозговые изменения БЭА, которые у 42,7% пациентов с энурезом были умеренно выраженные, у 28% – выраженные и у 13,3% призывников – значительно выраженные. Проведенное исследование головного мозга позволило установить 4 основных типа фоновой активности, по классификации Е.А. Ширмунской (1991) [3]: организованный вариант ЭЭГ составил 37%, дезорганизованный с замедленным альфа-ритмом – 35%, дезорганизованный с ускоренным альфа ритмом – 12%, гиперсинхронный – 9%, десинхронизированный – 7%. При этом у 17% призывников отмечалась незрелость альфа ритма, которая сочеталась с наличием очага непостоянной пароксизмальной активности.

У 76% пациентов с ночным недержанием мочи был выявлен синдром вегетативной дисфункции, при котором преобладал повышенный тонус парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. При проведении у 50 призывников РЭГ, у 34 (41,3%) обнаруживались явления сосудистой дистонии, что проявлялось затруднением венозного оттока из бассейна сонной артерии на $20,5 \pm 14,3\%$, повышением тонуса средних и мелких артериол бассейна позвоночной артерии на $47,5 \pm 19,6\%$. Тестирование когнитивных функций призывников выявило на замедленность реакции при решении бытовых проблем (31,4%), снижение целевого внимания (24%). При этом у пациентов с энурезом отмечались существенные изменения эмоционально-волевой сферы, что у 39% призывников это проявлялось тревожно-фобическим состоянием, что подтверждалось психологическим тестированием по методике Спилберга. У призывников 1 группы отмечалось повышение личностной ($53,8 \pm 5,1$) и реактивной ($46,3 \pm 4,7$) тревожности, что соответствует высокой степени тревожности и были достоверно выше, чем у пациентов II группы, у которых этот показатель соответствовал уровню

низкой тревожности ($31,3 \pm 3,8$ и $28,4 \pm 4,2$). Различия между группами носили достоверный характер ($r = 0,3$; $p < 0,05$). Для 38% пациентов было характерно возникновение протестных поведенческих реакций, что проявлялось в категорическом отказе от проведения цистоскопии (26%), ретроградной цистометрии (12%) и других инструментальных исследований (9%), а также самовольным уходом из отделения и нарушением режима (10%).

Урологическое обследование нижних мочевых путей, по данным урофлоуметрии, показало наличие у 64,4% призывников с энурезом обструктивного, у 20,3% стремительного и у 15,3% – нормального типа мочеиспускания. Во II и III группах пациентов преобладал нормальный тип мочеиспускания, соответственно 67,3% и 57,5%, что характерно для «зрелого» типа мочеиспускания. Остаточная моча в мочевом пузыре была обнаружена у 2-х пациентов. Таким образом, представленные данные позволяют утверждать, что у призывников с затяжным течением энуреза выявлены умеренно-выраженные изменения функции опорожнения мочевого пузыря, но считать их специфическими признаками ночного недержания мочи не представляется возможным. Результаты сравнительного анализа гормонального статуса призывников с ночным недержанием мочи приведены в таблице 3.

Анализ результатов гормонального статуса призывников с энурезом показал снижение концентрации общего тестостерона, по сравнению с контрольной группой почти в 2 раза ($7,32 \pm 1,53 \text{ ммоль/л}$) и на 20% ФСГ ($5,83 \pm 1,32 \text{ мМЕ/л}$). Данные изменения Е.Ю. Ганина связывает с дисфункцией гипоталамус-гипофизарной секреции, незрелостью лимбико-ретикулярных структур головного мозга, что также подтверждается полученными нами данными соответствующими изменениям ЭЭГ [4, 7].

Заключение. Проведенное нами исследование позволяет сделать следующие выводы. У призывников, молодых взрослых с энурезом выявился ряд характерных клинических и морфофункциональных особенностей заболевания, которые достоверно чаще обнаруживаются у них, по сравнению с пациентами, признанных здоровыми, после экспертной госпитализации. Прежде всего – это высокая распространенность патологии мочевого пузыря у пациентов с энурезом в виде везикулита II степени, гипотонии или атонии шейки пузыря. Однако, единственным специфическим критерием энуреза у призывников следует считать увеличение размеров предстательной железы более $18,09 \pm 4,7 \text{ см}^3$, что достоверно больше, чем у здоровых призывников ($p < 0,001$). Результатом хронического гипоксического процесса в мочевом пузыре являются изменения структуры простаты, что подтверждается развитием

Таблица 3

Показатели содержания гормонов по данным А.Л. Малых и Е.Ю. Ганиной

Название гормонов	Призывники с энурезом		Контрольная группа	
	Данные Е.Ю.Ганиной (n=50)	Данные А.Л.Малых (n=30)	Данные Е.Ю.Ганиной (n=20)	Данные А.Л.Малых (n=50)
ФСГ, мМЕ/мл.	$3,69 \pm 0,7^*$	$5,83 \pm 1,32^*$	$6,3 \pm 0,3$	$7,83 \pm 1,13$
ЛГ, Лютеинизирующий гормон мМЕ/л.	$4,1 \pm 0,9$	$3,87 \pm 0,7$	$4,61 \pm 0,5$	$4,46 \pm 0,63^*$
Пролактин, мМЕ/л.	$270 \pm 37,2^*$	$310,35 \pm 21,62$	$207,91 \pm 25,0$	$328,52 \pm 47,42$
Тестостерон, нг/мл.	$4,4 \pm 0,3^*$	-	$6,89 \pm 0,6$	-
Тестостерон общий, нмоль/л.	-	$7,32 \pm 1,53^*$	-	$15,86 \pm 2,94$

у 8,5% пациентов фиброза железы. Нами не было выявлена выраженная неврологическая патология, которая носила, в большинстве случаев, стертый характер, но на ЭЭГ у пациентов с энурезом были установлены неспецифические изменения лимбико-ретикулярной формации регрессивного характера. Наличие дисфункции парасимпатической нервной системы и снижение параметров гормонального статуса пациентов с энурезом являются важными звеньями патогенеза заболевания, а выявленные в связи с этим эмоционально-поведенческие расстройства носят вторичный характер, удлиняют течение ночного недержания мочи, что снижает мотивацию к выздоровлению и позволяют избегать призыва на военную службу.

Библиографический список

1. Nevens, T. II J Urol. / T. Nevens. – 2001. – Vol.166. – № 6. – P. 2459-2462.
2. Старовойтова, И.М. Медицинская экспертиза (временной нетрудоспособности, медико-социальной, военно-врачебной) / И.М. Старовойтова, К.А. Стариков, Н.П. Потехин. – М.: ГЭОТАР-мед., 2009. – С.503-524.
3. Шток, В.Н. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы./ В.Н. Шток, О.С. Левина. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 520 с.
4. Ганина, Е.Ю. Энурез у юношей призывного возраста: Автореф. дис... канд. мед. наук / Е.Ю. Ганина. – М, 2008. – 23 с.
5. Ханин, Ю.А. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности. И.О. Спилберга / Ю.А. Ханин. – Л., 1976. – С. 9-38.
6. Вишневский, Е.Л. Клиническая оценка расстройств мочеиспускания / Е.Л. Вишневский, О.Б. Лоран, А.Е. Вишневский. – М., 2001. – С. 16-65.
7. Малых, А.Л. Нецрогенные дисфункции органов малого таза у детей, подростков, молодых взрослых / А.Л. Малых, М.И. Пыков. – М.: ОАО, ИПК, Ульяновский Дом печати; 2009. – 320 с.
8. Жирмунская, Е.А. Клиническая электроэнцефалография / Е.А. Жирмунская. – М.: Мейби, 1991. – 77 с.