

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ПАЦИЕНТОВ С НЕЗАВЕРШЕННЫМИ СУИЦИДАЛЬНЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ДИМЕДРОЛОМ И ФЕНАЗЕПАМОМ

© Дремова Н.В., Ласков В.Б.

Кафедра неврологии и нейрохирургии  
Курского государственного медицинского университета, Курск

E-mail: [ndrem1@yandex.ru](mailto:ndrem1@yandex.ru)

С целью изучения клинико-неврологического статуса и электроэнцефалографических показателей у лиц после лечения по поводу суицидальных отравлений димедролом и феназепамом обследовано 170 человек. Из них 140 пациентов с незавершенными суицидальными отравлениями феназепамом и димедролом и 30 здоровых людей. 78 пациентов перенесли отравление феназепамом, 62 – димедролом. Средний возраст в обеих группах – 22±6 лет. При клинико-неврологическом исследовании более чем в 75% наблюдений отмечались достоверные нарушения мозжечковой и пирамидной систем ( $p < 0,001$ ). Показатели анкет для выявления вегетативной дисфункции в среднем превышали нормативные значения более чем на 20, что свидетельствовало о расстройствах вегетативной сферы. Превышение в 1,5 раза выше норматива показателей теста Спилберга-Ханина указывало на повышение тревожности. При этом страдали внимание и память. По электроэнцефалографическим данным в 80% у суицидентов отмечены общемозговые нарушения, в 54% – дисфункция срединных структур, в 51% случаев – эпилептиформная активность. Таким образом, для лиц, перенесших суицидальные отравления, характерны расстройства в виде токсической энцефалопатии, нейротоксического синдрома с дисциркуляторно-гипоксическими и медиаторными нарушениями, сохраняющимися при выписке из токсикологического отделения.

**Ключевые слова:** суицид, незавершенное суицидальное отравление, феназепам, димедрол, электроэнцефалография.

## PECULIARITIES OF CLINICONEUROLOGIC STATUS AND ELECTROENCEPHALOGRAPHIC CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH INCOMPLETE DIMEDROL AND PHENAZEPAMUM SUICIDAL POISONINGS

*Dryomova N.V., Laskov V.B.*

**Neurology & Neurosurgery Department of the Kursk State Medical University, Kursk**

170 people were examined in order to study the cliniconeurologic status and electroencephalographic characteristics of patients who had been taken the treatment due to Dimedrol and Phenazepamum suicidal poisonings. Among them 140 patients were with incomplete Dimedrol and Phenazepamum suicidal poisonings and 30 healthy people. 78 patients had suffered from Phenazepamum poisoning, 62 patients had suffered from Dimedrol poisoning. Average age in both poll groups was 22±6. During the cliniconeurologic research, the monitoring revealed more than 75% of verified disorders of cerebellar and pyramidal systems ( $p < 0.001$ ). The questionnaires showed vegetative dysfunction whose values exceeded the standard ones by over 20 that was an evidence of vegetative disorders. Anxiety rate tested by the Spielberg-Khanin Scale was 1.5 times higher than the standard which indicated to the increased anxiety. Meanwhile, the patients revealed worse attention and memory. According to the electroencephalographic data, the suicidal patients revealed general brain disorders in 80% of cases, dysfunction of median structures in 54% of cases, and epileptiform activity in 51% of cases. Thus, people who had suffered from suicidal poisonings showed typical disorders in the form of toxic encephalopathy, neurotoxic syndrome with discirculation and hypoxic as well as mediator abnormalities which remained upon discharging from the toxicological department.

**Key words:** suicide, incomplete suicidal poisoning, Phenazepamum, Dimedrol, electroencephalography.

Рост числа лиц, совершающих суицидальные попытки, наряду с "омоложением" этого контингента, указывает на большую

социально-медицинскую значимость этой проблемы [1, 2, 16]. По данным Всемирной организации здравоохранения, за последние

15 лет количество самоубийств среди лиц в возрасте 15–24 лет увеличилось в 2 раза; самоубийства как причина смерти в этом возрасте занимают 2-3-е место во многих европейских странах. Суицидальное поведение среди молодежи приобрело эпидемический размах; при этом наибольшая частота суицидов отмечена в возрастном промежутке 15–29 лет. По данным А. Г. Амбрумовой с соавт. [3], на этот возраст приходится до 62% суицидальных попыток.

Проблема значима и в плане ее резко отрицательного воздействия на морально-психологические устои общества, внутрисемейные отношения, психическое и физическое здоровье подрастающего поколения и общества в целом.

Существенная часть суицидальных попыток совершается путём приёма лекарственных средств в сознательно завышенных дозировках. Большинство таких попыток не завершается летально и обозначается как незавершенные суицидальные отравления [4]. Эти случаи - наиболее частая причина пребывания молодых людей в токсикологическом отделении больницы скорой медицинской помощи. При изучении структуры госпитализации в токсикологическое отделение Курской городской больницы скорой медицинской помощи г. Курска (МУЗ ГБ СМП) нами установлено, что суицидальные попытки в основном совершаются с помощью приема таблеток димедрола или феназепама.

Препарат димедрол относится к группе  $H_1$ -антигистаминных лекарственных средств с парасимпатолитическим, центральным холинолитическим и психотропным действием. Феназепам – производное бензодиазепинов – входит в группу транквилизаторов (анксиолитиков). Его фармакологический эффект реализуется путем взаимодействия с бензодиазепиновым рецептором и блокады активирующего влияния сетчатой формации на кору большого мозга, кроме того, имеются сведения о многообразном влиянии феназепама на периферические и центральные адрено-, холино- и триптаминергические системы [18].

Механизмы острого отравления этими препаратами и меры медицинской помощи изучены достаточно полно [17]. Однако ближайшие последствия токсического действия димедрола и феназепама для функционально-

го состояния центральной нервной системы у лиц, перенесших попытку суицида, практически неизвестны. Опыт лечения пострадавших вследствие незавершённых суицидальных отравлений позволяет усомниться в полноценности восстановления функций нервной системы в период выписки из токсикологического стационара.

Пребывание пациента с незавершённым суицидальным отравлением в токсикологическом отделении обычно исчерпывается 5 днями, так как задачей отделения является проведение детоксикационной терапии и симптоматическое лечение. Несмотря на быструю нормализацию показателей биохимии и соматической сферы к норме, для постсуицидального периода пострадавших характерны нарушения памяти, внимания и вегетативных функций.

Таким образом, актуально изучение неврологической сферы у лиц, предпринявших незавершенные суицидальные попытки отравления, для совершенствования организации их дальнейшей реабилитации.

Цель работы – выявление изменений функционального состояния нервной системы у лиц с незавершёнными суицидальными отравлениями димедролом и феназепамом при выписке их из токсикологического стационара.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 170 человек, из них 140 пациентов токсикологического отделения МУЗ ГБ СМП г. Курска, перенесших суицидальные отравления феназепамом и димедролом (основная группа), и 30 здоровых людей (контрольная группа). В основной группе 78 пациентов (55,7%) перенесли отравление феназепамом и 62 (44,3%) – димедролом. Представители основной и контрольной групп имели сходную возрастную структуру: средний возраст в группе суицидентов –  $22,9 \pm 0,6$  года; в контрольной группе –  $22,1 \pm 0,5$  года (для всех случаев  $p > 0,05$ ). В основную группу были включены лица молодого возраста мужского и женского пола, совершившие суицидальную попытку путём приёма таблеток феназепама или димедрола, не страдающие наркоманией, алкоголизмом, органической

психической патологией, а также не имеющие соматических заболеваний.

Методы исследования: клинико-неврологический [6], с объективизацией оценки вегетативной сферы путём применения опросников Российского Центра вегетативной патологии (РЦВП) для выявления вегетативной дистонии [8] Исследование уровней реактивной и личностной тревожности (методика диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина), внимания (таблицы Шульте), оценка счёта, оперативной и логической памяти [9, 19].

О функциональном состоянии головного мозга судили по данным компьютерной электроэнцефалографии (ЭЭГ) [13, 14]. ЭЭГ регистрировали монополярно по международной системе расположения электродов "10–20" в 10 симметричных лобных, центральных, височных, теменных, затылочных отведениях с функциональными пробами (ритмическая фото- и фоностимуляция, гипервентиляция) на аппарате "Ritm System ВРА-0020" – специализированный медицинский комплекс для мониторингования, регистрации и компьютерного анализа биопотенциалов мозга человека.

Пациенты токсикологического отделения обследованы дважды: первоначально – на 4–5 сутки после суицидальной попытки, при выписке из стационара, и повторно, через 30 дней после неё (в количестве 30 человек). В настоящей работе приводятся результаты обследования пациентов при выписке в сравнении с показателями контрольной группы.

При статистической обработке результатов определяли величину стандартной ошибки, доверительные интервалы, критерий Стьюдента, его аналог – критерий Z, критерий хи-квадрат и точный критерий Фишера. При необходимости осуществлена коррекция нулевого эффекта результатов медицинского исследования путём введения соответствующей поправки. Расчёт доверительных интервалов в случаях, когда значение относительного показателя было менее 25% и более 75%, выполнялся с учётом вспомогательной переменной Фишера в радианной мере. Для коррекции эффекта множественного сравнения применялась поправка Бонферрони. В тех случаях, где закон распределения переменных значимо отличался от нормального, статистическая гипотеза принималась

на основании результатов непараметрических тестов – Манна-Уитни и двухвыборочного теста Колмогорова-Смирнова [10, 25].

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При выписке из стационара отмечались существенные различия неврологического статуса суицидентов в сравнении с лицами контрольной группы по многим показателям (рис. 1). Ключевые различия отмечались в деятельности мозжечково-пирамидных и сенсорных систем. Наиболее значимые групповые показатели неврологического статуса проиллюстрированы на рис. 1.

Средние показатели суммы баллов по опросникам РЦВП, заполненным пациентами, составили  $31,9 \pm 6,3$ , заполненным врачом –  $45,9 \pm 10,3$ ; для контрольной группы соответственно –  $11,8 \pm 2,5$  и  $20,8 \pm 3,6$  ( $p < 0,001$ ). Это, в среднем, более чем на 20 баллов выше нормативных значений, что свидетельствует о значимой выраженности вегетативных расстройств у лиц с незавершёнными суицидальными отравлениями.

У всех пациентов основной группы отмечено достоверное снижение показателей памяти: оперативная память страдала у 100% пациентов, логическая – у 63%. Средние значение ошибок в основной группе: 1) методом вычитания –  $6,6 \pm 0,2$ , 2) оперативной –  $4,3 \pm 0,1$ , 3) логической –  $5,6 \pm 0,2$  (в контрольной группе соответственно  $0,6 \pm 0,2$ ,  $0,3 \pm 0,1$  и  $0,3 \pm 0,1$ ). Достоверность различий между группами по результатам непараметрических тестов Манна-Уитни и Колмогорова-Смирнова очень высокая ( $p < 0,001$ ).

Уровень тревоги в основной группе по шкале самооценки Спилбергера-Ханина превышал норматив почти в 1,5 раза и составлял для личностной тревожности –  $51,1 \pm 1,2$ , для реактивной тревожности –  $54,0 \pm 1,2$ . Аналогичные показатели в контрольной группе – соответственно  $39,2 \pm 1,3$  и  $40,9 \pm 0,9$  (для обоих случаев  $p < 0,001$ ). Полученные нами данные указывают на выраженное тревожно-депрессивное состояние эмоциональной сферы в постсуицидальном периоде с явной неготовностью выписываемых пациентов к морально-психологическим, когнитивным и физическим нагрузкам.

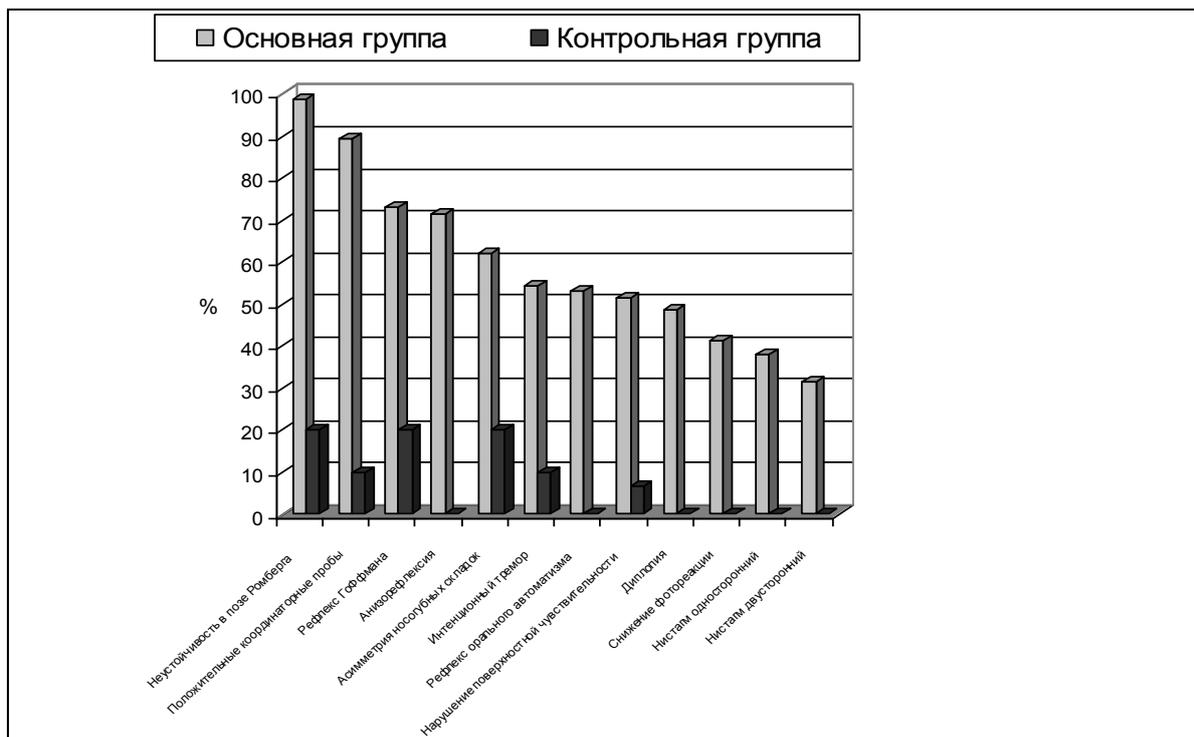


Рис. 1. Характеристика и частота неврологических нарушений в основной и контрольной группах (в %).

Примечание. Достоверность различий между показателями основной и контрольной групп соответствует уровню значимости  $p < 0,001$ .

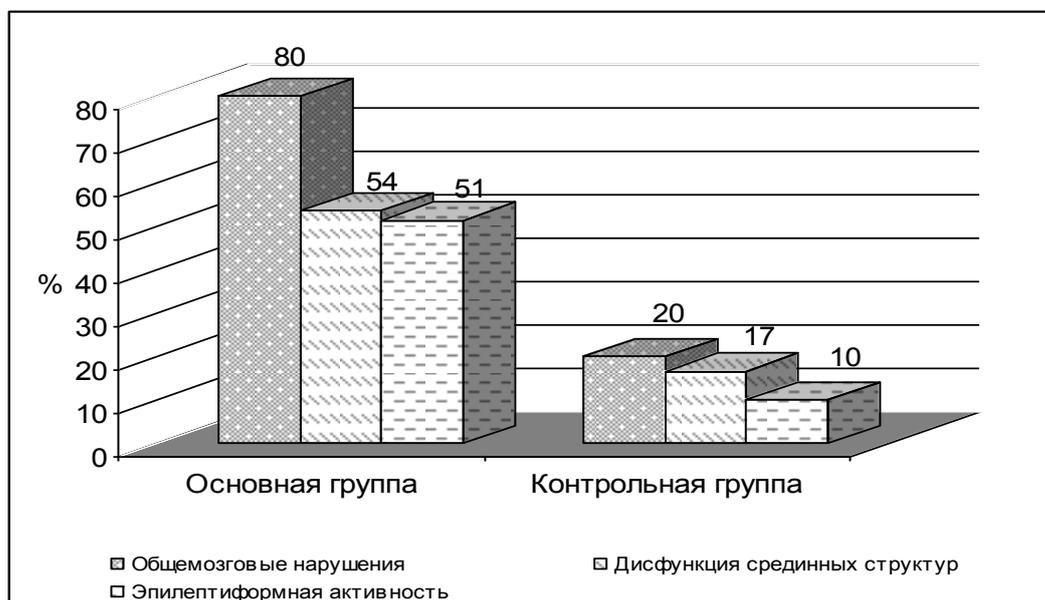


Рис. 2. Интегральные показатели электроэнцефалографического исследования.

Примечание. Достоверность различий между показателями основной и контрольной групп соответствует уровню значимости  $p < 0,001-0,05$ .

Когнитивная сфера подавляющего числа суицидентов характеризовалась значительными нарушениями внимания, что обнаруживалось по результатам их работы с таблицами Шульте. Среднее значение времени ра-

боты с таблицами Шульте в основной группе составило  $67,5 \pm 0,4$ , в контрольной группе данный показатель –  $55,3 \pm 1,0$  ( $p < 0,001$ ).

Электроэнцефалографическое исследование документировало повышение медленно-

волновой активности тета- и дельта-диапазонов, снижение спектральной плотности альфа-ритма, уменьшение его амплитуды, частоты и диапазона усвоения более чем у 45% пациентов из основной группы не только на фоновой ЭЭГ, но и в период ритмической фотостимуляции и гипервентиляции. Отмечались также ЭЭГ-признаки общемозговых нарушений у 80%, дисфункции срединных структур у 54%, эпилептиформной активности у 51% (рис. 2).

Поскольку феназепам и димедрол по своему механизму действия на нервную систему различаются, мы проанализировали клинико-неврологические показатели при отравлении этими лекарственными средствами в отдельности (табл. 1).

При анализе данных, приведенных в таблице, ясно, что между группами суицидентов, принимавших как димедрол, так и феназепам, с одной стороны, и контрольной группой, с

другой стороны, имеются статистически достоверные различия ( $p < 0,001$ ;  $p < 0,05$ ). При этом достоверных различий между суицидентами в зависимости от принятого лекарственного средства не отмечено, однако при отравлении димедролом патологические симптомы встречались чаще.

Наибольшая частота патологических проявлений при отравлениях феназепамом касалась нарушения координаторных проб (87,2%), неустойчивости в позе Ромберга (97,4%), наличия рефлекса Гоффмана (66,7%), анизорефлексии (57,7%), асимметрии носогубных складок (56,4%), гипестезии по скобкам Зельдера (51,3%), нистагма (21,8%). В группе суицидентов, принимавших с целью самоубийства димедрол, также наиболее часто встречались неустойчивость в позе Ромберга (98,4%), нарушения координаторных проб (91,9%), анизорефлексия (88,7%), рефлекс Гоффмана (80,6%), асим-

Таблица 1

Частотные характеристики некоторых неврологических симптомов в основной группе в зависимости от употребления феназепама или димедрола (в сравнении с показателями контрольной группы)

|                                    | Подгруппа с отравлением феназепамом (n=78) |                              | Подгруппа с отравлением димедролом (n=62) |                              | Контрольная группа (n=30) |                              |
|------------------------------------|--|------------------------------|---|------------------------------|---------------------------|------------------------------|
|                                    | Число                                      | Доля ± Стандартн. ошибка (%) | Число                                     | Доля ± Стандартн. ошибка (%) | Число                     | Доля ± Стандартн. ошибка (%) |
| Неустойчивость в позе Ромберга     | 76   | 97,4±1,8                     | 61  | 98,4±1,6                     | 6                         | 20,0±7,3                     |
| Положительные координаторные пробы | 68   | 87,2±3,8                     | 57  | 91,9±3,5                     | 3                         | 10,0±5,5                     |
| Рефлекс Гоффмана                   | 52   | 66,7±5,3                     | 50  | 80,6±5,0                     | 6                         | 20,0±7,3                     |
| Анизорефлексия                     | 45   | 57,7±5,6                     | 55  | 88,7±4,0                     | 0                         | 0,0*                         |
| Асимметрия носогубных складок      | 44   | 56,4±5,6                     | 43  | 69,4±5,9                     | 6                         | 20,0±7,3                     |
| Нистагм                            | 39   | 50,0±5,7                     | 50  | 80,6±5,0                     | 0                         | 0,0*                         |
| Рефлексы орального автоматизма     | 36   | 46,2±5,6                     | 38  | 61,3±6,2                     | 0                         | 0,0*                         |
| Девиация языка                     | 34   | 43,6±5,6                     | 34  | 54,8±4,3                     | 2                         | 6,7±4,6                      |
| Интенционный тремор                | 34   | 43,6±5,6                     | 42  | 67,7±5,9                     | 3                         | 10,0±5,5                     |
| Диплопия                           | 33   | 42,3±5,6                     | 35  | 56,5±6,3                     | 0                         | 0,0*                         |
| Снижение фотореакции               | 29   | 37,2±5,5                     | 29  | 46,8±6,3                     | 0                         | 0,0*                         |
| Асимметрия углов рта               | 28   | 35,9±5,4                     | 31  | 50,0±6,4                     | 4                         | 13,3±6,2                     |

Примечания:

- 1) \* – с учётом корректировки 0-эффекта доверительный интервал составляет 0–6,2%;
- 2) достоверность различий между показателями основной и контрольной групп соответствует уровню значимости  $p < 0,001$  –  $p = 0,02$ .

Таблица 2

Частотная характеристика суммарных показателей электроэнцефалографического исследования у лиц, перенесших суицидальные отравления феназепамом и димедролом, в сравнении с контрольной группой

| Показатели                    | Подгруппа с отравлением феназепамом (n=78) |                              | Подгруппа с отравлением димедролом (n=62) |                              | Контрольная группа (n=30) |                              |
|-------------------------------|--|------------------------------|---|------------------------------|---------------------------|------------------------------|
|                               | Число                                      | Доля ± Стандартн. ошибка (%) | Число                                     | Доля ± Стандартн. ошибка (%) | Число                     | Доля ± Стандартн. ошибка (%) |
| Эпилептиформная активность    | 37   | 47,4±5,7                     | 35  | 56,5±6,3                     | 3                         | 10,0±5,5                     |
| Общемозговые нарушения        | 61   | 78,2±4,7                     | 51  | 82,3±4,8                     | 6                         | 20,0±7,3                     |
| Дисфункция срединных структур | 41   | 52,6±5,7                     | 34  | 54,8±6,3                     | 5                         | 16,7±6,8                     |

*Примечание.* Достоверность различий между показателями основной и контрольной групп соответствует уровню значимости  $p < 0,001$ .

метрия носогубных складок (69,4%), интенционный тремор (67,7%), рефлекс орального автоматизма (61,3%), диплопия (56,5%), девиация языка (54,8%), асимметрия углов рта (50,0%), двусторонний нистагм (43,5%).

При анализе результатов электроэнцефалографического исследования в подгруппах суицидентов также отмечались ЭЭГ-признаки общемозговых нарушений, дисфункции срединных структур и эпилептиформной активности (табл. 2).

Из табл. 2 видно, что при сравнении суммарных показателей электроэнцефалографического исследования в группах суицидентов, перенесших отравления феназепамом и димедролом, с аналогичными показателями контрольной группы отмечено, что имеются существенные различия по частоте их встречаемости. Так, в группе лиц, перенесших суицидальное отравление феназепамом, общемозговые нарушения выявлялись в 78,2% случаев, дисфункция срединных структур в 52,6%, эпилептиформная активность в 47,4%.

При суицидальных отравлениях димедролом показатели частоты указанных признаков были высокими 82,3%; 54,8%; 56,5% соответственно. Следует отметить, что в структуре контрольной группы также выявлялись соответствующие комплексы элементарных электроэнцефалографических признаков, сочетание которых позволило нам диагностировать

в 6 наблюдениях (20%) общемозговые нарушения, в 5 наблюдениях (16,7%) – дисфункцию срединных структур и в 3 наблюдениях (10%) – эпилептиформную активность. То обстоятельство, что данные электрофизиологические феномены проявляются и у совершенно здоровых лиц контрольной группы, с нашей точки зрения, лишний раз подтверждает положение о нозологической неспецифичности ЭЭГ.

Между тем достоверность различий показателей обеих подгрупп суицидентов с группой контроля весьма значима ( $p < 0,001$ ).

По опросникам РЦВП, заполняемым пациентом и врачом в случаях с отравлениями феназепамом, выраженность вегетативной дисфункции достигала соответственно  $32,0 \pm 0,7$  и  $45,9 \pm 1,2$  балла (превышение норматива в 2 раза). Показатели памяти методом счёта, оперативной и логической памяти достоверно ниже контрольных: соответственно  $6,7 \pm 0,2$ ,  $4,4 \pm 0,2$ ,  $5,6 \pm 0,2$  ошибочных ответов. Средняя продолжительность работы с таблицами Шульце –  $67,6 \pm 0,6$  сек., что значительно выше показателя контрольной группы. Отмечены высокая личностная и реактивная тревожность –  $51,3 \pm 1,7$  и  $53,7 \pm 1,6$  балла соответственно.

Средние значения показателей анкет РЦВП у суицидентов, перенесших отравления димедролом –  $31,9 \pm 0,8$  и  $45,8 \pm 1,3$ , что

более чем в два раза превышает норматив. Оценка памяти методом счёта –  $6,6 \pm 0,2$ , оперативной памяти –  $4,1 \pm 0,2$ , логической –  $5,5 \pm 0,2$  (существенно ниже контрольных и нормативных значений). Продолжительность работы с таблицами Шульте –  $67,4 \pm 0,7$  сек. (достоверно ниже норматива). Высоки средние значения показателей личностной ( $50,9 \pm 1,8$ ) и реактивной ( $54,3 \pm 1,8$ ) тревожности.

Таким образом, у большинства пациентов, перенесших суицидальные отравления феназепамом и димедролом, при исследовании выявлен отчётливый комплекс клинико-неврологических и электроэнцефалографических отклонений. С учётом оценки неврологического статуса, нейропсихологических функций и результатов ЭЭГ данные нарушения в группе лиц, перенесших суицидальные отравления димедролом и феназепамом, целесообразно рассматривать в структуре следующих неврологических синдромов: вестибулоатактического, пирамидного, психовегетативного, синдрома рассеянной органической микросимптоматики, а также парциальных когнитивных нарушений.

Вестибулоатактический синдром характеризовался головокружением, неустойчивостью при ходьбе, объективными признаками вестибулярной дисфункции в виде нистагма, координаторных нарушений. Пирамидному синдрому была свойственна мягкая симптоматика в виде анизорефлексии, диффузного оживления глубоких рефлексов, наличия патологических рефлексов, в том числе и рефлексов орального автоматизма. Все эти проявления с высокой вероятностью свидетельствуют о мелкоочаговых поражениях головного мозга. Депрессивные и дисмнестические расстройства имели место в подавляющем числе наблюдений.

Для лиц с незавершёнными суицидальными отравлениями димедролом или феназепамом в период выписки из токсикологического отделения характерны стойкие клинико-неврологические нарушения, которые представляют собой проявления нерезко выраженной токсической энцефалопатии. Основными проявлениями токсической энцефалопатии являются: 1) психовегетативный синдром (в 100% случаев); 2) синдром рассеянной очаговой церебральной микросимпто-

матики (в 76,4% случаев); 3) вестибулоатактический (в 73,6% случаев) и пирамидный (в 66,4% случаев) синдромы в различных сочетаниях; 4) парциальные когнитивные нарушения (в 97,9% случаев).

Эмоциональная и когнитивная сферы лиц с токсической энцефалопатией, обусловленной незавершённой суицидальной попыткой отравления димедролом и феназепамом, характеризуются выраженной реактивной и личностной тревожностью, нарушениями памяти и внимания на момент выписки их из токсикологического отделения [5, 21, 24].

Для биоэлектрической активности головного мозга у лиц с незавершёнными суицидальными отравлениями димедролом или феназепамом, по данным электроэнцефалографии, в период выписки из токсикологического отделения характерны проявления общемозговых нарушений и дисфункции срединных структур (в 73,7% случаев), а также эпипептиформная активность (в 26,3% случаев) [14, 15].

Диагностический алгоритм у пациентов с незавершённой суицидальной попыткой отравления димедролом или феназепамом, целесообразно дополнить применением анкет Российского центра вегетативной патологии для выявления вегетативной дисфункции, а также нейровизуализацией головного мозга в связи с высокой распространённостью рассеянной очаговой неврологической микросимптоматики [8, 9].

Результаты проведенного клинико-неврологического и электроэнцефалографического исследований обосновывают целесообразность изучения возможности дополнительного применения препаратов с нейропротективным, нейротрофическим и вегетотропным действием, а также антидепрессантов для повышения эффективности лечения лиц с незавершёнными суицидальными попытками отравления димедролом или феназепамом [20, 23].

С целью улучшения информированности пациентов о последствиях отравления, повышения их приверженности к лечению, реабилитации и профилактики повторных суицидальных попыток разработана Памятка для больных, перенесших отравление димедролом или феназепамом. В Памятке рекомендовано амбулаторное наблюдение и лечение

пациентов после выписки из стационара у врача-невролога по месту жительства (посещение его 1-2 раза в месяц) с чётким выполнением рекомендаций невролога по дальнейшему восстановительному лечению.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Амбрумова А.Г.* Социальные и психологические аспекты самоубийств в современном обществе // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* – 1991. – № 4. – С. 26–38.
2. *Амбрумова А.Г.* Психология самоубийства // *Мед. помощь* – 1994. – № 3. – С. 15–19.
3. *Амбрумова А.Г., Вроно Е.М.* О ситуационных реакциях подростков в суицидологической практике // *Журн. невропатол. и психиатр.* – 1985. – Т. 85, № 10. – С. 1557–1560.
4. *Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А.* Диагностика суицидального поведения: Метод. рекоменд. – М., 1980. – 48 с.
5. *Анастаси А.* Психологическое тестирование. Пер. с англ. – М.: Педагогика. – 1982. – Т. 2. – 296 с.
6. *Богородинский Д.К., Скоромец А.А., Шварев А.И.* Руководство к практическим занятиям по нервным болезням. – М.: Медицина, 1977. – 256 с.
7. *Бровина Н.Н., Кутько И.И.* Место сосудистой патологии в факторах риска завершённых суицидов // *Журн. невропатол. и психиатр.* – 1991. – № 2. – С. 104–106.
8. *Вейн А.М.* Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика. – М.: Мед. информ. агентство, 1998. – 752 с.
9. *Выявление суицидальных тенденций с помощью экспериментально-психологического обследования: метод. рекомендации.* – Баку, 1988. – 20 с.
10. *Гланц С.* Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. – М.: Практика, 1998. – 459 с.
11. *Ефремов В.С.* Основы суицидологии. – СПб.: Диалект, 2004. – 479 с.
12. *Жариков Н.М., Иванова А.Е., Анискин Д.Б., Чуркин А.А.* Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема // *Журн. невропатол. и психиатр.* – 1997. – № 6. – С. 9–15.
13. *Жирмунская Е.А.* Клиническая электроэнцефалография. – М.: Медицина, 1991. – 156 с.
14. *Заболотных В.А., Команцев В.Н., Поворинский А.Г.* Практический курс классической клинической электроэнцефалографии. – СПб., 1998. – 82 с.
15. *Зенков Л.Р.* Клиническая электроэнцефалография (с элементами эпилептологии). – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 368 с.
16. *Корнетов А.Н.* Суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 1999. – № 2. – С. 75–90.
17. *Лужников Е.А., Остапенко Ю.Н., Суходолова Г.Н.* Неотложные состояния при острых отравлениях (диагностика, клиника, лечение). – М.: Медпрактика, 2001. – 220 с.
18. *Машковский М.Д.* Лекарственные средства: Пособие для врачей в 2 т. – М.: Новая Волна, 2008. – Т. 2. – С. 156–182.
19. *Менделевич В.Д.* Психиатрическая пропедевтика, практич. рук-во для врачей и студентов. – М.: ТОО "Техлит", "Медицина", 1997. – 496 с.
20. *Оказание помощи лицам с суицидальным поведением в широкой медицинской практике: Метод. рекомендации МЗ России.* – М., 1992. – 30 с.
21. *Остроглазов В.Г., Лисина М.А.* Клинико-психопатологическая характеристика состояний у лиц, совершивших суицидальные попытки // *Журн. невролог. и психиатр.* – 2000. – № 6. – С. 18–20.
22. *Райгородский Д.Я.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособие. – Самара, 2004. – 672 с.
23. *Сумин С.А.* Неотложные состояния. – М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2005. – 752 с.
24. *Юнкеров В.И., Григорьев С.Г.* Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. – СПб.: ВМедА, 2002. – 364 с.