

СПб ГБПОУ «Акушерский колледж»

Лекция № 3

на тему:

**ЭПИЛЕПСИЯ
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ.
УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ.**

Составила преподаватель Соловьева А.А

Санкт-Петербург, 2020г

Эпилепсия – хроническое, прогрессирующее заболевание, проявляющееся судорожными припадками, психическими нарушениями и специфическими расстройствами личности.

СОЛОВЬЁВА А.А.



1. Идиопатическая:

- ▶ генерализованная эпилепсия (большой тонико-клонический припадок, малый припадок);
- ▶ фокальная эпилепсия (джексоновская, адверсивная).

2. Симптоматическая: при опухолях мозга, олигофрении, атеросклероз сосудов головного мозга, болезни Альцгеймера, абстиненция при алкоголизме и наркомании.

Большой эпилептический припадок

Длится 2 – 5 минут и развивается в виде последовательных фаз:

1. Аура в виде обманов восприятия и эмоциональных нарушений;
2. Тоническая фаза;
3. Фаза клонических судорог;
4. Постприпадочное состояние.

Аура в виде обманов восприятия (запах, зрительные образы, сердцебиение, боли в животе, головная боль), эмоциональных нарушений (чувство злости или счастья). У одного и того же больного аура постоянна.

Больной не помнит самого припадка, но всегда помнит ауру.



Тоническая фаза

Длится 30-50 сек.

Больной падает на пол, землю, предметы (возможны переломы, вывихи, ушибы). Глаза открыты, дыхание останавливается, синюшность кожных покровов, резкое напряжение всей мускулатуры и полная потеря сознания.

Заканчивается эта фаза

непроизвольным

мочеиспусканием.

СОЛОВЬЁВА А.А.

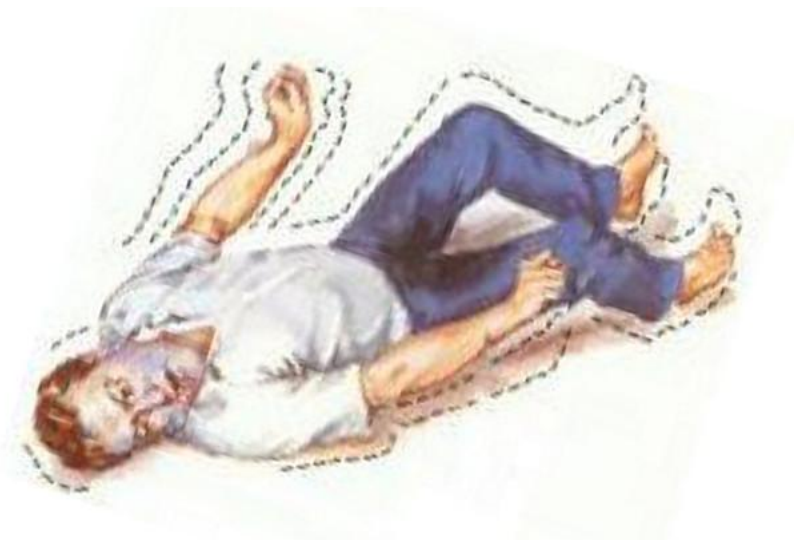


Фаза клонических судорог

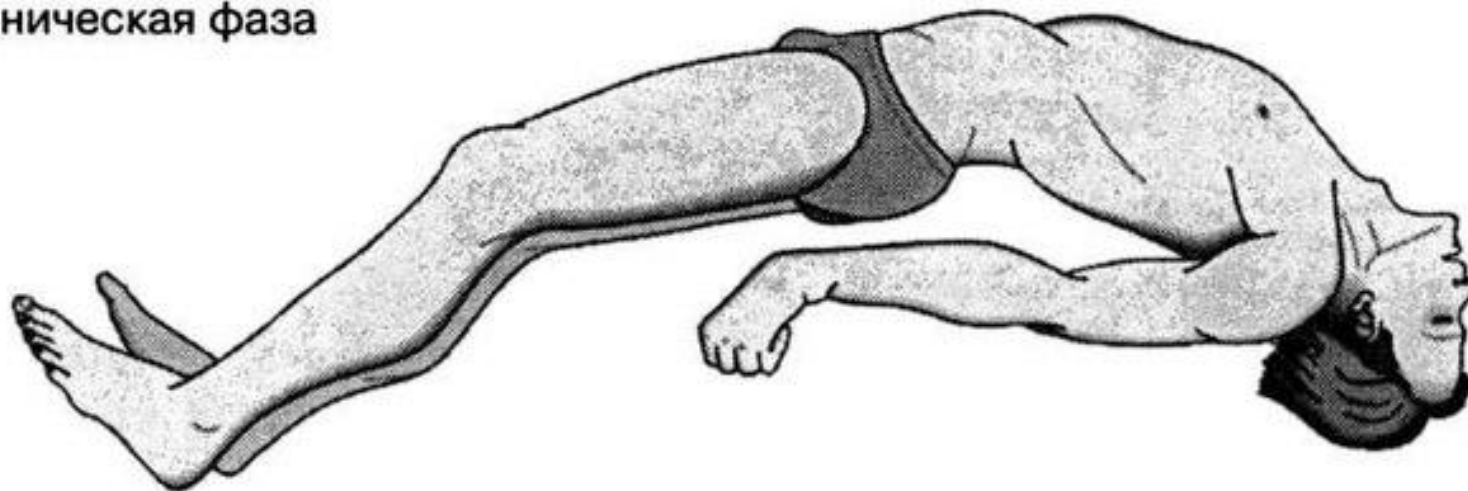
Длится 1-3 мин.

Все мышцы одновременно расслабляются, а затем сокращаются вновь и вновь. Больной не дышит.

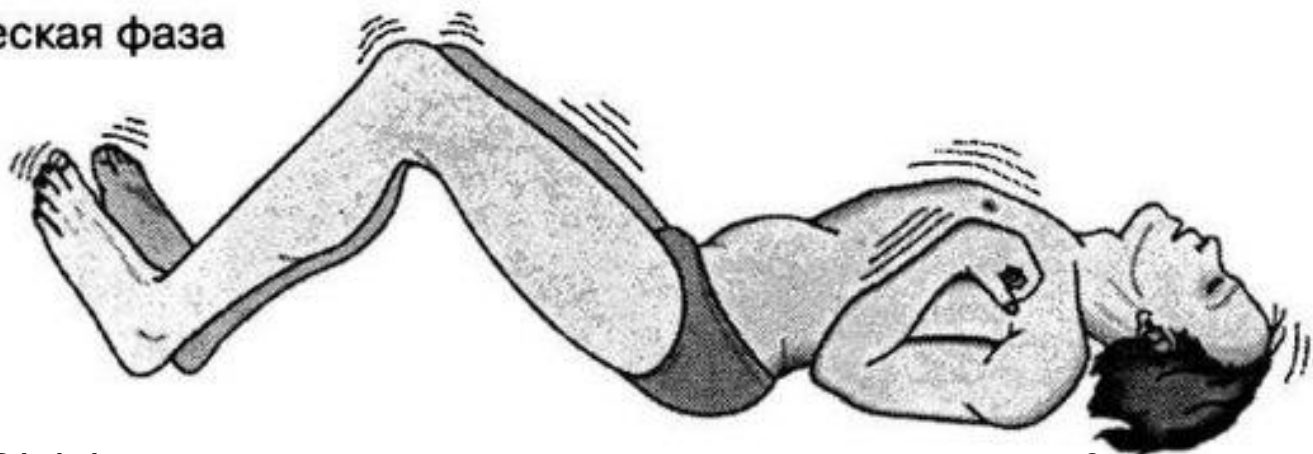
Из-за судорог жевательной мускулатуры больной может прикусить язык.



Тоническая фаза



Клоническая фаза



Постприпадочное состояние

Длится от нескольких минут до 2-х часов.

Взгляд больного блуждающий, сознание неясное, речь бессвязная. Чаще в этом состоянии наступает сон. Большой эпилептический припадок полностью амнезируется.



СОЛОВЬЁВА А.А.

Малый припадок (абсанс)

- кратковременное выключение сознания, аура отсутствует, судорог нет.

Больной на несколько секунд выключается, застывает в одной позе, смотрит в одну точку, замолкает, а потом продолжает прерванное занятие.

Эпилептический статус

Эпилептическим статусом называют серию повторяющихся больших судорожных припадков, между которыми восстанавливается ясное сознание и сохраняются признаки комы.

Чаще всего **причиной ЭС** являются быстро растущие опухоли головного мозга, острые органические поражения мозга, а так же резкая отмена противосудорожных препаратов у больных эпилепсией.

Психические нарушения при эпилепсии

1. **Дисфория** – тоскливо-злостное настроение с желанием на ком-то разрядиться. Длится от нескольких часов до нескольких дней. Заканчивается так же внезапно, как и возникла.



Сумеречное расстройство сознания

Длится от нескольких минут до нескольких часов.

Симптомы: выраженное эмоциональное напряжение, яркие галлюцинаторные и иллюзорные переживания, кратковременный чувственный бред, бессвязная речь, галлюцинаторно – бредовое психомоторное возбуждение. Состояние полностью амнезируется.



Изменение личности

-это одно из характерных проявлений эпилепсии.

Они могут быть выражены в разной степени – от легких, не мешающих адаптации человека, до тяжелых, сочетающихся с грубым интеллектуально мнестическим дефектом (слабоумием).

Среди черт характера больных на первый план выступают **медлительность, вязкость, эгоцентризм.**

Больные **аккуратны, очень любят чистоту и порядок,** раздражаются, если их вещи лежат не на привычных местах.

Характерны некоторая приземленность интересов, особое внимание к бытовым потребностям.



СОЛОВЬЁВА А.А.

С подчиненными им людьми бывают жестоки, деспотичны, требуют от них точного исполнения своих распоряжений.



СОЛОВЬЁВА А.А.

Лечение и уход за больными эпилепсией

Основным методом лечения эпилепсии является постоянный прием противосудорожных средств. Любые перерывы и резкие перемены в схеме лечения связаны с угрозой резкого учащения припадков.

Большое внимание уделяется соблюдению правильного режима.

Больные должны **строго** воздерживаться от приема алкоголя.

Им следует избегать тяжелой физической нагрузки, работы в ночную смену, длительного пребывания на солнце и в жарком помещении.

Категорически запрещаются вождение транспорта, работа с движущимися механизмами, на высоте и на воде.

Большинство больных эпилепсией не нуждаются в специальном уходе, они могут обслуживать себя без посторонней помощи, отличаются организованностью, исполнительностью, педантично следуют рекомендациям врача.



**БЕРЕМЕННОСТЬ У ЖЕНЩИН
С ЭПИЛЕПСИЕЙ МОЖЕТ ПРОТЕКАТЬ
БЕЗОПАСНО И БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ,
ТЕМ НЕ МЕНЕЕ СУЩЕСТВУЮТ
ОПРЕДЕЛЕННЫЕ РИСКИ, КОТОРЫЕ
МОГУТ ПОТРЕБОВАТЬ
ТЩАТЕЛЬНОГО КОНТРОЛЯ²**

методические указания по ведению беременности у больных с эпилепсией

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ

1. Генерализованные судорожные припадки сопровождаются

грубыми ишемическими нарушениями, в частности маточно-плацентарного кровообращения, поэтому их частое возникновение у больной является противопоказанием к беременности.

2. труднокурабельная эпилепсия с частыми генерализованными припадками;

3. статусное течение заболевания;

4. выраженные изменения личности больной эпилепсией.

Беременность показана в случаях:

- ▶ Стойкой медикаментозной ремиссии заболевания;
- ▶ При субкомпенсации с редкими приступами.

Вместе с тем прогноз исхода беременности в корреляции со сроками при однократных и редких генерализованных судорожных припадках до настоящего времени не изучен.

- ▶ Задача акушера-гинеколога — добиться нормализации менструальной функции (до 40% пациенток с фокальной эпилепсией имеют различные отклонения длительности и характеристик менструального цикла). Следует проводить лечение анемии (она наблюдается у больных с эпилепсией в 37,2% случаев).
- ▶ Предпочтительно использовать препарат ферро-фольгамма (по 1-2 капсуле 3 раза в сутки, курсами до 6 нед).
- ▶ При приеме препаратов, обладающих энзиминдуцирующими свойствами (карбамазепин, фенобарбитал, дифенин и др.), возможно повышение уровня ферментов (ЛДГ, АСТ, АЛТ, ГГТ и ЩФ). Рекомендуется использовать гепатопротектор эссенциале (по 2 капсулы 3 раза в сутки, курсами по 4 нед).

Схема наблюдения за беременными



- ▶ При компенсированном состоянии эпилепсии с ремиссией эпилептических приступов регулярность наблюдения неврологом составляет 1 раз в 2 мес, акушером-гинекологом – согласно нормативам.
- ▶ При наблюдающихся парциальных приступах регулярность наблюдения неврологом – 1 раз в 1 мес; акушером-гинекологом – 1 раз в 2 нед. Больные эпилепсией должны знать, что им следует обращаться к эпилептологу при любом учащении эпилептических приступов.

Причинами учащения либо утяжеления приступов могут быть недосыпание, соматическая патология, в том числе положительный водный баланс, нарушение

медикаментозного режима и др.

- ▶ ЭЭГ-исследование и определение концентрации АЭП проводятся при компенсированном течении эпилепсии 1 раз в 2 мес, при наблюдающихся припадках – при каждом обращении беременной к неврологу.
- ▶ Концентрации гормонов фетоплацентарного комплекса (плацентарный лактоген, прогестерон, эстриол, кортизол) и а-фетопротеин исследуются начиная с конца первого триместра беременности и в дальнейшем не реже 1 раза в месяц.



Динамическое УЗИ плода проводится при постановке

- ▶ беременной на учет, в 19-21-ю неделю (для исключения аномалий развития плода) и в дальнейшем 1 раз в 4 нед.
- ▶ Начиная с 20-й недели беременности, учитывая высокий риск развития фетоплацентарной недостаточности, при УЗИ целесообразно проводить доплерометрическое исследование кровотока в артерии пуповины, аорте и средней мозговой артерии плода. При проведении УЗ-фетометрии необходимо учитывать факт возможного влияния на них АЭП.
- ▶ С учетом определенного риска развития врожденной патологии (все противосудорожные препараты считаются потенциально тератогенными) обязательным является консультация генетика до 17-й недели беременности и при показаниях дополнительно проводятся биопсия хориона, амниоцентез с определением концентрации α -фетопротеина в амниотической жидкости и цитогенетическим исследованием

СОЛОВЬЁВА А.А.



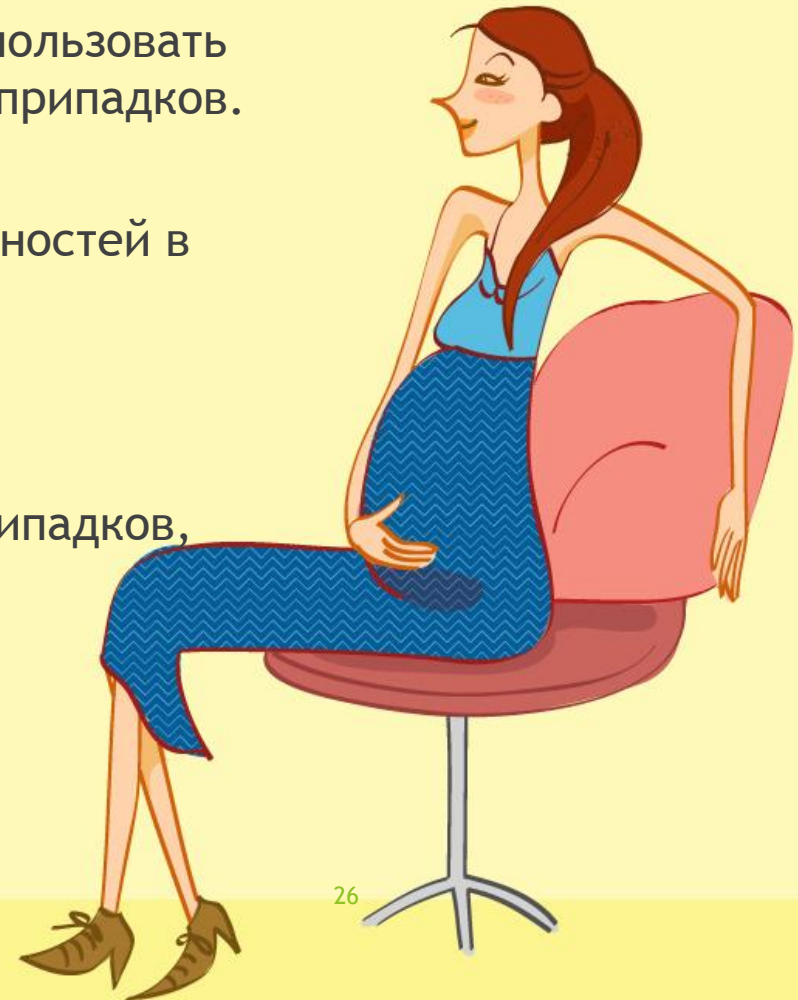
Начиная с 26-й недели беременности показано проведение кардиотокографического исследования с объективной оценкой показателей моторики матки и состояния плода.

Диагностика и лечение фетоплацентарной недостаточности проводится по стандартным схемам. С определенной осторожностью необходимо использовать пираретам из-за возможного провоцирования припадков.

При компенсированном течении эпилепсии особенностей в проведении пренатальной

подготовки нет. Показаниями к досрочному родоразрешению на фоне эпилепсии

являются склонность к серийному течению припадков, эпилептический статус.



Особенности ведения родов и послеродового периода

Эпилепсия не является противопоказанием для родов через естественные родовые пути. Эпилептический статус, учащение эпилептических припадков в предродовом периоде, а также неблагоприятная отрицательная динамика состояния плода являются показаниями к проведению кесарева сечения.

Медикаментозное ведение родов и их обезболивание при эпилепсии не отличаются от обычного.

Противопоказания к проведению эпидуральной анестезии очень редки, в частности при нарушении циркуляции спинно-мозговой жидкости вследствие перенесенной патологии с вовлечением ликвороциркуляторных пространств.

В связи с риском обострения эпилепсии в послеродовом периоде настоятельно рекомендуется соблюдение регулярности приема АЭП и режима

Появление у роженицы сонливости, нистагма, атаксии требует срочного исследования концентраций АЭП. Интоксикация АЭП обусловлена относительным повышением концентрации АЭП вследствие снижения общей массы роженицы, кровопотери в родах, изменения абсорбции препаратов и некоторыми другими факторами. Обычно достаточно в послеродовом периоде возвратиться к суточной дозировке АЭП, применявшейся до беременности (в случаях, если суточная доза АЭП во время беременности повышалась).

Согласно рекомендациям международных экспертов, сразу после рождения ребенка ему необходимо внутримышечно ввести витамин К в дозировке 1 мг/кг веса .

При сохраняющихся парциальных припадках рекомендуется постоянное нахождение с роженицей кого-то из родственников. Отказ от грудного вскармливания новорожденного совершенно не обоснован, так как во время беременности попадание АЭП в кровь ребенка обычно выше, чем с молоком матери. Кормление грудью необходимо осуществлять в положении лежа, для того чтобы в случае развития припадков избежать травмы.

Основные АЭП, применяемые при лечении беременных, больных эпилепсией

- Вальпроевая кислота
- Карбамазепин
- Фенобарбитал
- Дифенин (фенитоин)

Согласно данным большинства исследований, **тератогенность** по мере **убывания** располагается в следующем порядке: 1) фенитоин; 2) вальпроат; 3) фенобарбитал; 4) карбамазепин.

Все препараты последнего поколения (ламотриджин, тиагабин, фелбамат, вигабатрин, топирамат) до сих пор **не лицензированы** к применению во время беременности.

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ И БЕРЕМЕННОСТЬ

- ▶ Чаще всего это женщины не с приобретенным слабоумием (деменцией), а с общим психическим недоразвитием, являющимся патологическим состоянием, развившимся в результате перенесённой болезни на самых ранних этапах онтогенеза. Это могут быть внутриутробные инфекционные поражения (краснуха, сифилис, токсоплазмоз и пр.); генетически обусловленные нарушения развития; иммунологическая несовместимость крови матери и плода; асфиксия, травмы, полученные ими в процессе родов; вредные факторы, воздействующие на девочек в первые три года постнатального периода (нейроинфекции, черепно-мозговые травмы, выраженные интоксикации) и др.

Умственная отсталость (психическое недоразвитие) — совокупность этиологически различных наследственных, врожденных или рано приобретенных стойких, непрогрессирующих синдромов общей психической отсталости, проявляющихся в затруднении социальной адаптации главным образом из-за преобладающего интеллектуального дефекта (Исаев Д. Н., 2003).

ВИДЫ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Умственную отсталость разделяют на два вида - олигофрению и деменцию.

ОЛИГОФРЕНИЯ

это вид умственной отсталости, который возникает в результате органического поражения мозга в пренатальный, натальный или ранний (до трех лет) период детства и оказывается в тотальном психическом недоразвитии.

Клинические критерии по МКБ-10.

Умственная отсталость легкой степени (дебильность, раздел F70).

Для легкой умственной отсталости характерна относительно хорошая механическая память.

Эти больные не проявляют самостоятельности и инициативы в работе (учебе), основную трудность составляет переход к мыслительным задачам, решение которых требует замены привычного способа деятельности новым и еще неизвестным.

Выявляется недостаточная способность к самообладанию и подавлению влечений, импульсивность на фоне повышенной внушаемости и склонности к подражательству.

Таким образом, эти больные в большинстве своем обучаемы (вспомогательная программа школы) и в дальнейшем могут жить самостоятельно. Они могут овладевать целым рядом неквалифицированных профессий, прежде всего, ручного труда, проявляют хорошую бытовую приспособленность к жизни.

Оптимальным возрастным диапазоном для окончательной диагностики дебильности является возраст от 6 до 8 лет.

Умственная отсталость умеренная (легкая имбецильность, раздел F71).

Эти дети способны накопить некоторый запас сведений, механическая память у многих из них достаточно развита.

Такие больные овладевают речью, хотя запас слов у них невелик, речь аграмматична, а понимание и использование речи ограничено.

При легкой имбецильности сознание своего «Я» более или менее развито. Многие из больных эгоцентричны, требуют к себе повышенного внимания, проявляют радость при положительной оценке их действий и обиду, когда их ругают.

При беседе с этими больными можно заметить, что на вопросы, требующие напряжения, они отвечают «не могу», «не знаю», «не хочу».

Объем усваиваемого материала крайне низок. При достаточном моторном развитии пациенты с умеренной умственной отсталостью могут овладевать простыми видами труда, но их работа носит механический характер, они не в состоянии изменить свою деятельность согласно изменившейся обстановке. К самостоятельной жизни эти больные, как правило, не приспособлены и нуждаются в постоянной опеке и в уходе за ними. Оптимальным возрастным диапазоном для окончательной диагностики легкой имбецильности является возраст от 3 до 5 лет.

Умственная отсталость тяжелая (выраженная имбецильность, раздел F72).

Клиническая картина тяжелой умственной отсталости сходна, прежде всего, с симптоматологией легкой имбецильности.

Отмечается низкий уровень социального функционирования, что проявляется в практически полной невозможности усвоить элементарные школьные знания, бытовые умения и навыки. Обычно эти дети выводятся из системы обучения, в дальнейшем на протяжении всей жизни нуждаются в опеке и постоянном уходе за ними.

Наблюдаются выраженные расстройства моторной сферы, что также затрудняет даже их простую социальную адаптацию. Оптимальным возрастным диапазоном для окончательной диагностики легкой имбецильности является возраст от 3 до 5 лет.

Умственная отсталость глубокая (идиотия, раздел F73).

Для детей, страдающих олигофренией в степени идиотии, характерным является резкое снижение реакции на окружающее.

Больные либо совершенно не реагируют на все происходящее вокруг, либо дают неадекватные реакции, откликаясь на любой раздражитель, ни на одном из них не задерживаясь. Членораздельная речь отсутствует, в обращенной к ним речи больные воспринимают интонацию, но не понимают смысла. Предоставленные самим себе, многие из них остаются неподвижными, другие находятся в бесцельном постоянном движении, ползают, хватают предметы, могут быть агрессивны или же отмечается аутоагрессия. Состояния двигательного возбуждения возникают периодически и часто без всяких видимых причин. Проявления удовольствия или неудовольствия примитивны. Соматическое благополучие, ощущение сытости приводят к благодушию и спокойствию, а чувство голода или иные неприятные ощущения выражаются в криках с выражением недовольства, в ажитации или других сходных проявлениях. В ответ на неизвестное может наблюдаться страх, плач. Час-то отмечаются извращенные или измененные влечения: булимия или же извращения пищевого влечения, гиперсексуальность, например, сопровождающаяся упорной мастурбацией, и др. С глубоким недоразвитием всей психической деятельности коррелируют и различные, в том числе грубые, дефекты физического развития: диспластичность, деформации черепа, пороки и аномалии развития. Нередко наблюдаются и неврологические симптомы, в том числе парезы и параличи. Оптимальным возрастом для диагностики идиотии, особенно с точки зрения прогноза и социальных последствий заболевания, являются первые месяцы (первый год) жизни до 3 лет.

ДЕМЕНЦИЯ

Нарушение при котором, умственная отсталость возникает после трех лет, происходит распад уже сформировавшихся психических функций



Международная классификация болезней (МКБ-10)

Международная классификация болезней (МКБ-10) от 1992 года. В разделе /F₇₀-F₇₉/

«Умственная отсталость» рекомендуется использовать следующие рубрики:

- умственная отсталость лёгкой степени **(F-70);**
- умственная отсталость умеренная **(F-71);**
- умственная отсталость тяжёлая **(F-72);**
- умственная отсталость глубокая **(F-73).**



Психологические аспекты

IQ	МКБ-10	МКБ-9
71 и выше	Норма	Норма
50-70	Легкая умственная отсталость, затруднение в учении	Дебильность
35-49	Умеренная умственная отсталость, трудности в обучении	Имбецильность
20-34	Тяжелая умственная отсталость, значительные трудности в обучении	
ниже 20	Глубокая умственная отсталость	Идиотия

Показания к госпитализации.

Показаниями к госпитализации в психиатрический стационар или дневной стационар умственно отсталого пациента являются, прежде всего, грубые расстройства поведения, а также различные сопутствующие нарушения – психозы, выраженная неврозоподобная или невротическая симптоматика, депрессии, учащение эпилептиформных приступов и др.

Вопрос о госпитализации больного решается положительно лишь в том случае, когда нет возможности оказать необходимую помощь амбулаторно или в том учреждении, в котором находится пациент.

В некоторых случаях госпитализация может быть осуществлена с целью проведения экспертизы.

Пребывание в стационаре не должно превышать в большинстве случаев 1-2 месяцев.

Примерные сроки нетрудоспособности.

Умственная отсталость глубокой, тяжелой и умеренной степени выраженности требует предоставления инвалидности пожизненно.

Эти больные не могут самостоятельно адаптироваться в обществе без постоянной поддержки и ухода за ними.

При умственной отсталости в степени дебильности в сочетании с выраженными нарушениями слуха, зрения, речи, функций других органов и систем, сопутствующей стойкой пси-хопатологической симптоматикой также предоставляется инвалидность.

Пациенты с легкой умственной отсталостью без сопутствующих серьезных расстройств обычно оканчивают специализированную школу, в последующем хорошо справляются с простыми видами труда, способны к самостоятельному проживанию.

Риск повторного возникновения умственной отсталости в семье

Члены семьи с умственной отсталостью	Процент детей, страдающих умственной отсталостью, %
Никто из родителей	8
Брат или сестра	12
Один из родителей	20
Оба родителя	41

- ▶ Женщина с интеллектуальным дефектом может испытывать серьезные трудности, сталкиваясь с необходимостью перемен образа жизни в связи с беременностью, или быть вообще неспособной к ним без посторонней помощи.
- ▶ Умственная отсталость препятствует формированию полноценного холдинга (англ.: to hold – заботиться, держать на руках), а недостаточно качественный контакт между матерью и ребенком не обеспечивает удовлетворения его потребностей, не создает должного физического и психического комфорта, приводит к повышению уровня сепарационной тревоги младенца, к нарушениям его функционирования и развития.

Практически с беременными женщинами, у которых при исследовании по методике Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) определен коэффициент умственного развития (IQ) указывающий на *глубокую умственную отсталость* (**идиотию – IQ=20 баллов**) или *тяжелую умственную отсталость* (**тяжелую имбецильность – IQ=20-34 балла**) встречается приходится крайне редко. Самосознание у этих больных отсутствует. Как правило, эти женщины не способны самостоятельно удовлетворять простейшие жизненные потребности (следовать элементарным правилам гигиены, одеваться, пользоваться туалетом, питаться и т.д.). В связи с этим они нуждаются в постоянном надзоре окружающих, препятствующих возникновению ситуаций, результатом которых может быть наступление беременности. Кроме того часто тяжелая умственная отсталость сочетается с грубыми двигательными и соматическими расстройствами, делающими беременность невозможной. Если все же у женщины с тяжелой или глубокой умственной отсталостью беременность наступает, то, учитывая отсутствие у неё простейших навыков самообслуживания, полноценной речи, невозможность обучения, **решается вопрос об искусственном прерывании беременности на ранних сроках.**

Если роды все-таки происходят, то, разумеется, мать не способна ухаживать за ребенком и обеспечивать холдинг приходится кому-то другому (здоровым родственникам, медицинским работникам, персоналу **дома ребенка** и пр.).

- ▶ Беременные женщины *с легкой степенью умственной отсталости* (дебильностью – IQ=50-69 баллов), встречаются довольно часто, однако, к сожалению, методических разработок, касающихся их психологического сопровождения, оказания им и членам их семей психологической помощи нет.

- ▶ Общими особенностями для этой группы женщин являются удовлетворительная адаптация к обычным условиям жизни, относительная самостоятельность, возможность вовлечения в трудовые процессы как дома, так и на производстве, конкретно-образный способ мышления, трудности абстрагирования, эмоционально-волевые расстройства, повышенная внушаемость. Обиходная речь, как правило, развита у них неплохо. Большинство из них способны при наглядном и конкретном обучении усвоить обычно включаемые в программы дородовой подготовки простейшие навыки. Однако времени на такое обучение им требуется значительно больше, чем обычным беременным женщинам. С ними предпочтительны не групповые, а индивидуальные занятия.

- ▶ **Дисфорическая форма** общего психического недоразвития характеризуется склонностью к негативизму, конфликтности, к импульсивным поступкам на фоне постоянного злобно-тоскливого аффекта. В пубертатном возрасте девушки с этой формой, как правило, декомпенсируются, конфликтуют с родителями, отказываются учиться. Нередко они увлекаются тяжелым роком, примыкают к таким молодежным группировкам как панки, готы и пр., часто участвуют в драках. Отмечающаяся гиперсексуальность может приводить к случайной беременности, всегда нежеланной, вызывающей как экстрапунитивные, так и инпунитивные brutальные реакции. Беременные женщины с этой формой интеллектуального дефекта ненавидят изменения, происходящие в теле, ребенка, являющегося виновником этого, часто стремятся сделать аборт. Однако встречаются женщины, которые пытаются рационально объяснить свой дисфорический аффект ненавистью к миру, который не принимает её ребенка. К родившемуся ребенку такие матери часто испытывают амбивалентные чувства: то чрезмерно ласкают его, говорят о своей любви, но чаще раздражаются, склонны к физическим наказаниям. Оставлять таких женщин наедине с ребенком бывает опасно.

ЛИТЕРАТУРА

ОСНОВНАЯ:

1. Бортникова С.М. Зубахина Т.В. Сестринское дело в невропатологии и психиатрии с курсом наркологии: Учебник. – 9-е издание, стереотипное. – Ростов-на – Дону: Феникс, 2012.- (Медицина).
2. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Кинкулькина М.А. Наркология: учебное пособие – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2011.
3. Тюльпин Ю.Г. Психические болезни с курсом наркологии: Учебник.- М.: ГЭОТАР- Медиа, 2012.
4. Чернов В.Н. Сестринское дело в психиатрии с курсом наркологии: Учебник. – 2-е изд., дополненное и переработанное М.: ФГОУ “ ВУНМИЦ Росздрава“, 2008.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ:

1. Справочник для медицинской сестры психиатрической службы: методические рекомендации: Общерос. обществ.орг. мед. сестер «Ассоц. мед. сестер России »; [сост.; Саркисова В.А. и др.]. Санкт – Петербург: ООО «Береста»; 2010.