

Левитина Е.В.¹, Лебедева Д.И.², Рахманина О.А.^{1,2}, Воронкова К.В.³

¹ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень, Россия; ²ГАУЗ ТО «Областной лечебно-реабилитационный центр», Тюмень, Россия;

³ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

¹625023, Тюмень, ул. Одесская, 54; ²625048, Тюмень, ул. Щорса, 9-а; ³2117997, Москва, ул. Островитянова, 1

Многолетнее ведение пациентов с эпилепсией. Организация службы в Тюменской области

Эпилепсия — это хроническое заболевание головного мозга, требующее многолетнего или пожизненного наблюдения за пациентами. Факторы, влияющие на исход терапии, многообразны, при этом ключевыми из них являются организация помощи и режим наблюдения пациентов. Необходимость оптимизации оказания специализированной медицинской помощи данной категории больных подтверждается ухудшением качества жизни пациентов и их семей, а также более частым развитием психических расстройств и фармакорезистентных форм заболевания при неэффективной терапии. Эти и другие вопросы рассматриваются в данной статье с проекцией на конкретный регион — юг Тюменской области. Подчеркивается важность создания не только эпилептологических центров высокого уровня, но и целой сети, обеспечивающей доступность специализированной эпилептологической помощи. На сегодняшний день складывается впечатление, что вопросы по организации лечения больных эпилепсией целесообразнее решать на уровне административного региона, так как в этой государственной структуре заложены все необходимые условия для быстрой и рациональной реализации наиболее удачных разработок проведения специализированной помощи населению.

Ключевые слова: эпилепсия; организация помощи; эпилептологический центр.

Контакты: Елена Владиславовна Левитина; 401261@mail.ru

Для ссылки: Левитина ЕВ, Лебедева ДИ, Рахманина ОА, Воронкова КВ. Многолетнее ведение пациентов с эпилепсией. Организация службы в Тюменской области. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2016;(спецвыпуск 1):69–74.

Long-term management of patients with epilepsy. Organization of a service in the Tyumen Region

Levitina E.V.¹, Lebedeva D.I.², Rakhmanina O.A.^{1,2}, Voronkova K.V.³

¹Tyumen State Medical University, Ministry of Health of Russia, Tyumen, Russia; ²Regional Medical Rehabilitation Center, Tyumen, Russia; ³N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

¹54, Odesskaya St., Tyumen 625023; ²9-a, Shchors St., Tyumen 625048; ³1, Ostrovityanov St. Moscow 117997

Epilepsy is a chronic brain disease that requires a long-term or lifelong follow-up of patients. The factors that influence the outcome of therapy are various; moreover, the key factors of them are the organization of care and the mode of patient follow-up. The necessity of optimizing the specialized health care to this category of patients stems from the poorer quality of life in the patients and their families and from the more frequent development of mental disorders and drug-resistant forms of the disease during ineffective therapy. These and other issues are considered in this paper with emphasis on the specific area — the south of the Tyumen Region. This underlines the importance of setting up not only high-level epileptologic centers, but also a whole network that provides access to specialized epileptologic care. It seems today that it is more appropriate to solve problems in the organization of management for epileptic patients at the level of an administrative region, for this state structure has all necessary conditions for rapidly and rationally implementing the most successful developments of specialized care to the population.

Key words: epilepsy; organization of care; epileptological center.

Contact: Elena Vladislavovna Levitina; 401261@mail.ru

For reference: Levitina EV, Lebedeva DI, Rakhmanina OA, Voronkova KV. Long-term management of patients with epilepsy. Organization of a service in the Tyumen Region. *Nevrologiya, neuropsychiatriya, psichosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2016; (Special Issue 1):69–74.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2016-1S-69-74>

Актуальность организации помощи пациентам с эпилепсией. Эпилепсия является распространенным заболеванием нервной системы. Как все хронические заболевания, она накладывает отпечаток на образ жизни [1], требует дли-

тельного (многолетнего или пожизненного) приема противоэпилептических препаратов (ПЭП) и постоянного наблюдения за пациентами. В целом при эпилепсии сложно говорить об излечении, поскольку предрасположенность к

приступам сохраняется пожизненно. Тем не менее для возможности снятия диагноза Международной лигой борьбы с эпилепсией (ILAE) в 2013 г. введены критерии «разрешения эпилепсии», которые включают достижение определенного возраста пациентами с возраст-зависимым эпилептическим синдромом либо отсутствие эпилептических приступов в течение 10 лет (5 лет — на фоне приема ПЭП и 5 лет после их постепенной отмены). Несмотря на это, на сегодняшний день эпилепсия относится к одним из наиболее курабельных хронических заболеваний, так как имеется возможность полного контроля приступов на фоне приема ПЭП. Около 60% пациентов с вновь диагностированной эпилепсией при правильном лечении должны достигать долгосрочной ремиссии [2]. У остальных 30–40% ремиссия не возникает даже на фоне адекватной подобранной терапии, однако возможно сокращение числа приступов, а поиск новых стратегий лечения может принести желанную ремиссию в перспективе. И только около 10% пациентов являются «абсолютно некурабельными».

Основные факторы, влияющие на терапию эпилепсии, можно разделить на связанные с пациентом (заболевание; экономический аспект; комплаенс); связанные с врачом/медициной (квалификация; лечебно-диагностическая база; организация помощи, включая льготное обеспечение; организация ведения и наблюдение пациента); связанные с обществом (отношение к человеку с эпилепсией — стигматизация) [3]. Неоднократно проведенный анализ показывает, что сохраняется огромный разрыв в организации помощи больным эпилепсией в разных регионах мира [4]. Даже в странах Европы (которые характеризуются высоким уровнем финансирования и часто являются ориентиром по оказанию эпилептологической помощи) нет единых стандартов ведения пациентов [5]. ILAE признает необходимость дальнейшего совершенствования доказательных, специализированных для эпилепсии клинических практических руководств, и основы для этого существуют [6].

Большинство специалистов в Российской Федерации также отмечают отсутствие единого системного подхода в ведении пациентов с судорогами и эпилепсией. Однако в последние 15 лет важным сдвигом в организации помощи больным эпилепсией является создание городских и региональных эпилептологических центров [7–10]. Учитывая разность ресурсов, их организация осуществляется в рамках как государственной, так и частной медицины. В международных рекомендациях показано, что диагностикой и лечением эпилепсии должен заниматься человек, прошедший специальное обучение и специализирующийся на эпилепсии [11, 12], поэтому появление эпилептологических центров, несомненно, улучшает качество оказания помощи данной категории пациентов, конечно, при условии, что соответствующий специалист доступен для пациентов с эпилепсией [4, 12]. Также отмечается, что специализированная помощь для жителей мегаполисов, городов или пригородных районов почти вдвое превышает доступность данного лечения для сельского населения [12].



Томенская область

Европейские рекомендации, определяющие минимальный стандарт медицинской помощи (с учетом распространенности эпилепсии примерно 0,7%) указывают на необходимость организации по крайней мере одного эпилептологического центра на 1–2 млн человек с объемом обслуживания 2–4 тыс. пациентов [5]. Эти центры, в свою очередь, должны иметь доступ к магнитно-резонансным томографам высокого разрешения, долгосрочную стационарную запись видео-электроэнцефалографии (ЭЭГ) и многодисциплинарную команду, в которую должны также входить нейропсихологи и/или психиатры, специалисты в области генетического консультирования и др.

Комплексные эпилептологические центры с возможностью нейрохирургического лечения должны иметь возможность проводить инвазивную ЭЭГ, а оптимальная производительность такого центра должна составлять не менее 15 резекционных операций в год [5]. Например, основным вектором развития эпилептологической службы в США является увеличение количества центров с возможностями нейрохирургического лечения. Так, число центров третьего-четвертого уровня по классификации Национальной ассоциации эпилептологических центров (NAEC) увеличилось с 37 в 2003 г. до 189 в 2012 г. [13]. Интересно, что среди нейрохирургических вмешательств NAEC из года в год отмечает рост имплантаций стимулятора блуждающего нерва, которые даже превысили объем резективных операций в 2011–2012 гг. [13].

Определенные аспекты ведения пациентов с эпилепсией

В ведении пациентов с хроническим заболеванием и, в частности, с эпилепсией, много звеньев — от детального сбора жалоб, анамнеза, назначения дополнительных методов исследования для постановки правильного диагноза, определения целей терапии до выбора ПЭП или их комбинации и т. д. На сегодняшний день большинство этих аспектов четко регламентированы международными (ILAE/IBE — Международное бюро по эпилепсии) профессиональными организациями. Однако по многим практическим вопросам ведения пациентов рекомендации носят общий характер, зачастую ориентированный на организацию и нормативные акты конкретного региона/страны.

Одним из таких аспектов является частота визитов пациента к эпилептологу, для определения которой врачи, как правило, вынуждены использовать свой собственный, накопленный за годы работы опыт. При начале терапии ПЭП и в первый год наблюдения клиницисты руководствуются скоростью титрования препарата, необходимостью контроля переносимости и лабораторных показателей, частотой приступов у конкретного пациента и т. д. [3]. В дальнейшем, если удается достигнуть ремиссии, возникает необходимость ее удержания, так как состояние ремиссии взаимосвязано с обратным процессом — риском ее срыва [14]. В этот период одним из лидирующих факторов становится

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Таблица 1. Частота визитов к неврологу согласно стандартам первичной МСП Минздрава России от 2012 г.*

Парциальная и генерализованная эпилепсия	Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель кратности предоставления (на 365 дней)
Фаза диагностики и подбора терапии	V01.023.001/ V01.023.002 первичный + повторный	Прием врача-невролога	1+5
Фаза ремиссии	V01.023.001/ V01.023.002 первичный + повторный	Прием врача-невролога	1+2

Примечание. *Стандарт первичной медико-санитарной помощи при парциальной эпилепсии в фазе диагностики и подбора терапии. Приказ МЗ РФ 1404н 24.12.2012; Стандарт первичной медико-санитарной помощи при парциальной эпилепсии в фазе ремиссии. Приказ МЗ РФ 1107н 20.12.2012; Стандарт первичной медико-санитарной помощи при генерализованной эпилепсии в фазе диагностики и подбора терапии. Приказ МЗ РФ 1439н 24.12.2012; Стандарт первичной медико-санитарной помощи при генерализованной эпилепсии в фазе ремиссии. Приказ МЗ РФ 1440н 24.12.2012.

Таблица 2. Проект режима наблюдения пациентов с эпилепсией в ЭЦ ТО

Период наблюдения	Частота визитов	Возможные основания
Визит после инициального назначения ПЭП	Через 4±2 нед	Стандарты Минздрава России 2012 г. Рекомендации С.Р. Panayotopoulos (2007) по медленному титрованию и лабораторным исследованиям.
Визиты в течение 1 года наблюдения/фармакорезистентных/срыв ремиссии	Вероятно, каждые 1–3 мес	Рекомендации по ведению больного в процессе приема ПЭП [18]. Частота приступов (необходимость оценки эффективности ПЭП в течение не менее 3–5 межприступных интервалов)
Визиты для пациентов в ремиссии	Не реже 1 раза в 6 мес	Комплаенс и другие аспекты

приверженность терапии. Показано, что в первый месяц лечения комплаентность составляет 79,4% [15]. Увеличение продолжительности лечения приводит к ухудшению комплаентности, которая существенно снижается через 12 мес лечения [15]. Американской академией неврологии (AAN) установлено, что пациенты, находящиеся в ремиссии, пропускают прием одной таблетки в сутки каждые 6 мес ремиссии [16]. Кроме того, приверженность терапии определяет не только число визитов к врачу, но и сложившиеся между врачом и пациентом взаимоотношения [15]. Руководством по ведению пациентов с эпилепсией Национального инсти-

тута здравоохранения и совершенства медицинской помощи (NICE) подчеркивается необходимость пациент-ориентированной/партнерской тактики ведения, что подразумевает не только учет специалистом эпилептического синдрома пациента, разнообразные нюансы здоровья и качества его жизни, но и тесное сотрудничество, совместное принятие решений с ним и/или его семьей/опекунами [11].

Помимо данных научной литературы, эффективное взаимодействие с организаторами здравоохранения невозможно без привлечения нормативной документации. Так, в 2012 г. Минздравом России утверждены стандарты первич-

Таблица 3. Распределение территорий ТО между медицинскими организациями, имеющими в своем составе эпилептологический кабинет/центр

Районы	Наименование медицинской организации	Число врачебных ставок/пациентов с эпилепсией, наблюдающихся в кабинете*
г. Тюмень, Ярково-Восточный район, Нижнетавдинский район	Областной ЭЦ ГАУЗ ТО «Областной лечебно-реабилитационный центр»	4,5/**
г. Тобольск, Тобольский район, Уватский район, Вагайский район	Эпилептологический кабинет ГБУЗ ТО «Областная больница №3» г. Тобольска	1/388 (взрослые – 266, дети – 122)
г. Ишим, Аромашевский район, Сорокинский район, Викуловский район, Абатский район, Сладковский район, Казанский район, Бердюжский район, Армизонский район, Голышмановский район, Ишимский район	Эпилептологический кабинет ГБУЗ ТО «Областная больница №4» г. Ишима	1/555 (взрослые – 389, дети – 166)
г. Ялуторовск, Упоровский район, Юргинский район, Заводоуковский район, Омутинский район, Ялуторовский район, Исетский район	Эпилептологический кабинет ГБУЗ ТО «Областная больница №23» г. Ялуторовска	1/548 (взрослые – 368, дети – 180)

Примечание. * – по состоянию на конец 2014 г.; ** – данные регистра Областного ЭЦ приведены в тексте.

ной медико-санитарной помощи (МСП) при эпилепсии (табл. 1). В стандартах рекомендуется достаточно высокая частота визитов пациента с эпилепсией к неврологу — 6 в первый год наблюдения (в среднем каждые 2 мес) и 3 в год после достижения ремиссии (в среднем каждые 4 мес). Однако это стандарт территориальных поликлиник, в связи с чем возникает вопрос: сколько из этих визитов должно приходиться на специализированный центр?

Резюмируя вышеизложенное, отметим, что в Эпилептологическом центре Тюменской области (ЭЦ ТО) также сложился определенный внутренний алгоритм частоты визитов пациентов. Его макет представлен в табл. 2 (что не исключает при необходимости индивидуального подхода к пациенту).

Организация помощи пациентам с эпилепсией на юге Тюменской области

Тюменская область (ТО) имеет сложное административное устройство. Внутри региона выделяют три округа — это юг ТО, Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа. Население юга ТО к 2015 г. составляло 1 млн 429 тыс. человек. Административный центр — город Тюмень, на территории расположено 22 муниципальных образования. Большая часть — это городское (64,7%), женское население (56,4%); взрослое население — 1 108 286, дети — 320 946. Согласно эпидемиологическим данным, распространенность эпилепсии на юге ТО среди детей составляет 3,8, среди взрослых — 2,4 на 1000 населения; заболеваемость — 0,5 и 0,2 на 1000 соответственно. Эти показатели сопоставимы с общероссийскими — 2,98 [17], но, так же как и по большинству регионов Российской Федерации, ниже среднеевропейских — 7,0 на 1000 [5].

В 2015 г. был подготовлен и утвержден Департаментом здравоохранения ТО приказ №486 «Об организации специализированной медицинской помощи больным эпилепсией в Тюменской области». Данным приказом официально признано существование областного ЭЦ г. Тюмени на базе ГАУЗ ТО «Областной лечебно-реабилитационный центр», а в его структуру включена детская служба. Кроме того, ключевым моментом приказа является необходимость выделить на местах, в так называемых межтерриториальных кабинетах, группу неврологов для приема пациентов с эпилепсией. Таким образом, в ТО сформирован не просто центр/кабинет для приема лиц с эпилепсией, а разработана система помощи данной категории пациентов, в том числе с учетом доступности для сельского населения [10]. В приказе были обозначены и созданы три межтерриториальных кабинета в городах Тобольске, Ишиме и Ялуторовске. К каждому кабинету прикреплены определенные районы (табл. 3) в зависимости от их зоны обслуживания и транспортной развязки. Неврологи этих кабинетов прошли стажировку по эпилептологии и функциональной диагностике в ЭЦ г. Тюмени. Маршрутизация помощи в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС) осуществляется следующим образом: пациент обращается в территориальную поликлинику или непосредственно в межтерриториальный кабинет и далее при необходимости направляется в областной ЭЦ г. Тюмени. Также в пункте 4.4 приказа, с целью повышения доступности специализированной помощи и проведения методической работы, предусмотрена организация выездных бригад в составе эпилептолога и нейрофизиолога. За 2015 г. данные бригады посе-

тили Ярковский район, эпилептологические кабинеты Ялуторовска и Тобольска. В центре также проводятся школы для пациентов с эпилепсией, так как, согласно современным рекомендациям [11], пациенты с хроническим заболеванием должны быть информированы специалистом, представителями социальных организаций или через качественные печатные/электронные ресурсы обо всех аспектах заболевания и особенностях образа жизни при нем.

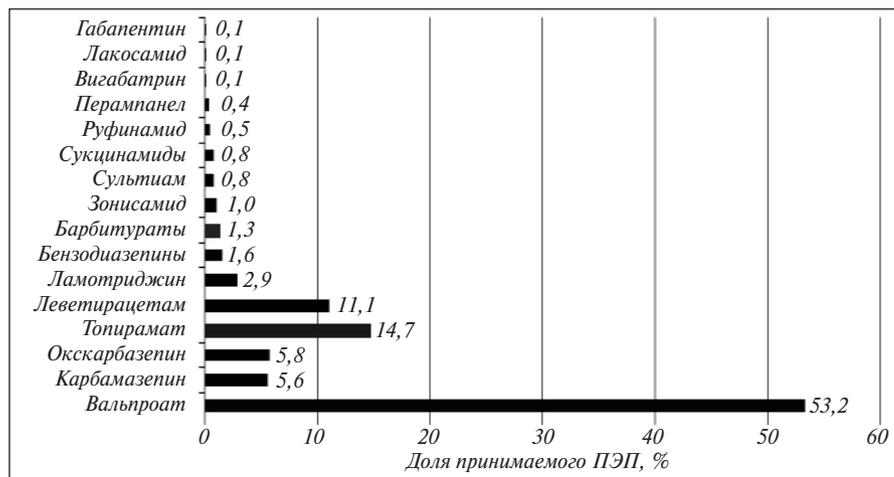
Лечебно-диагностическая база включает в себя экстренную и плановую стационарную помощь для детей с эпилепсией в детском неврологическом отделении ОКБ №1 (на 40 коек, из них 30% коечного фонда приходится на пациентов с эпилепсией). В г. Тюмени существуют возможности, в том числе в рамках ОМС, проведения практически всех необходимых при эпилепсии исследований: видео-ЭЭГ-мониторинга (включая инвазивный), магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга (1,5–3 Т), трактографии, магнитно-резонансной реконструкции, магнитно-резонансной спектроскопии, функциональной МРТ, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, позитронно-эмиссионной/компьютерной томографии. Часть этих исследований используются в рутинной практике эпилептолога, а часть — осуществляются благодаря расположенному в городе Федеральному центру нейрохирургии в рамках пред- и интраоперационной подготовки фармакорезистентных больных. С 2011 г. в центре пациентам с эпилепсией имплантировано 70 систем для VNS-терапии, проведено 48 резекционных операций (67% из них — при объемных образованиях головного мозга).

В Эпилептологическом центре также ведется регистр пациентов с эпилепсией, так как, по данным Всемирной организации здравоохранения, наличие информации об эпидемиологических характеристиках эпилепсии помогает устранить существенные недостатки в организации медицинской помощи [4]. При этом по взрослым пациентам регистр ведется с 2002 г. непрерывно, и число наблюдающихся пациентов составляет 2396 (в целом общий объем регистра составляет 4757 человек). Число детей значительно меньше (n=485), это связано с тем, что детский невролог-эпилептолог ведет прием в центре только с 2013 г. («детский» регистр велся с 2004 г. в другой клинике, но не был перенесен по техническим причинам). Несколько преобладают среди больных эпилепсией лица мужского пола (51,8%). Среди детей подавляющее большинство (88%) — это дети до 15 лет. У взрослых и детей лидирующими формами эпилепсии являются симптоматические и вероятно симптоматические — 75,4 и 56,1% соответственно. Нужно отметить, что создание межтерриториальных кабинетов значительно улучшило учет пациентов с эпилепсией «на местах» (см. табл. 3).

Важным звеном организации помощи больным с хроническими заболеваниями является лекарственное обеспечение [3–5, 18]. В ТО лидерами по льготному обеспечению пациентов с эпилепсией являются вальпроаты и карбамазепины. На примере данных детского регистра в целом показан спектр ПЭП, принимаемых пациентами с эпилепсией в г. Тюмени независимо от источника обеспечения (см. рисунок).

Заключение

Безусловно, в ТО еще много нерешенных вопросов. Например, это совершенствование диагностической базы



Спектр ПЭП, принимаемых детьми с эпилепсией, независимо от источника обеспечения (по данным регистра Областного ЭЦ на 2015 г.)

как с технической точки зрения (увеличение количества установок видео-ЭЭГ-мониторинга; МРТ по эпилептологической программе; подготовка и повышение квалификации соответствующих специалистов), так и с организационной. Например, терапевтический лекарственный мониторинг осуществляется в г. Тюмени только независимыми медицинскими лабораториями; крайне ограничены возможности проведения видео-ЭЭГ-мониторинга по программе ОМС в рамках амбулаторного звена. В городе нет возмож-

ности проведения фармакогенетических и молекулярно-генетических исследований (только при содействии независимых медицинских лабораторий других регионов). Сохраняются проблемы взаимодействия между различными службами в связи с их децентрализацией и расположением на базе разных лечебно-профилактических учреждений. При этом, учитывая наличие в городе команды неврологов-эпилептологов, нейрофизиологов, психиатров, реабилитационных центров, уровень диагностической базы с возможностями нейрохирургического лечения эпилепсии, Тюмень может стать перспективной площадкой для создания комплексного эпилептологического центра.

Таким образом, организация

помощи и разработка системы ведения пациентов с эпилепсией является крайне актуальной проблемой [19]. На сегодняшний день складывается впечатление, что эти вопросы по организации лечения больных эпилепсией целесообразнее решать на уровне административного региона, так как в этой государственной структуре заложены все необходимые условия для быстрой и рациональной реализации наиболее удачных разработок проведения специализированной помощи населению [8, 10].

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Балабанова АИ, Бавдурный АА, Больша МВ и др. Образ жизни и немедикаментозные методы лечения при эпилепсии. Медицинская наука и образование Урала. 2015;2(1):139-45 [Balabanova AI, Bavdurny AA, Bol'ba MV, et al. Lifestyle and non-drug treatments for epilepsy. *Meditsinskaya nauka i obrazovanie Urala*. 2015;2(1):139-45 (In Russ.)].
2. Kwan P, Sander J. The natural history of epilepsy: an epidemiological view. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004;75(10):1376-81. doi: 10.1136/jnnp.2004.045690
3. Воронкова КВ, Петрухин АС. Проблемы в лечении пациентов с эпилепсией и их решение. Эпилепсия. 2015;17(2):3-8 [Voronkova KV, Petrukhin AS. Problems in the treatment of patients with epilepsy and solutions. *Epilepsiya*. 2015;17(2):3-8 (In Russ.)].
4. Dua T, de Boer HM, Prilipko LL, Saxena S. Epilepsy Care in the World: Results of an ILAE/IBE/WHO Global Campaign Against Epilepsy Survey. *Epilepsia*. 2006;47(7):1225-31. doi: 10.1111/j.1528-1167.2006.00595.x
5. Baulac M, de Boer H, Elger C, et al. Epilepsy priorities in Europe: A report of the ILAE-IBE Epilepsy Advocacy Europe Task Force. *Epilepsia*. 2015;56(11):1687-95. doi: 10.1111/epi.13201
6. Sauro KM, Wiene S, Perucca E, et al. Developing clinical practice guidelines for epilepsy: A report from the ILAE Epilepsy Guidelines Working Group. *Epilepsia*. 2015;56(12):1859-69. doi: 10.1111/epi.13217
7. Агранович ОВ. К вопросу об организации специализированной эпилептологической помощи детям. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2009;(3):26-30 [Agranovich OV. On the question of the organization of specialized care for children epileptological. *Meditsinskii vestnik Severnogo Kavkaza*. 2009;(3):26-30 (In Russ.)].
8. Волков ИВ, Калинина ОК. Опыт организации противоэпилептической помощи в Новосибирске. Вестник эпилептологии. 2004;1(02):15-7 [Volkov IV, Kalinina OK. Experience of antiepileptic assistance in Novosibirsk. *Vestnik Epileptologii = Bulletin of Epileptology*. 2004;1(02):15-7 (In Russ.)].
9. Зуева ГА, Дудкина НА. Организация специализированной помощи больным эпилепсией среди детского населения города Твери. В кн.: Сборник трудов конференции «Актуальные вопросы реабилитации в неврологии и психиатрии», Тверь, 27 февраля 2014. Тверь; 2014. С. 19-20 [Zueva GA, Dudkina NA. Organization of specialized care to patients with epilepsy among the child population of the city of Tver. In: *Sbornik trudov konferentsii «Aktual'nye voprosy reabilitatsii v nevrologii i psixiatrii», Tver', 27 fevralya 2014* [Proceedings of the conference «Actual problems of rehabilitation in neurology and psychiatry», Tver, 27 February 2014]. Tver'; 2014. P. 19-20].
10. Перунова НЮ. Опыт организации кон-
- сультативной помощи больным эпилепсией в Екатеринбурге. Вестник эпилептологии. 2003;(7):19-21 [Perunova NYu. Experience of counseling patients with epilepsy in Yekaterinburg. *Vestnik Epileptologii = Bulletin of Epileptology*. 2003;(7):19-21 (In Russ.)].
11. Epilepsies: diagnosis and management. NICE guidelines [CG137] Published date: January 2012 Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg137> (дата обращения 9.01.2016)
12. Meyer AC, Dua T, Ma J, et al. Global disparities in the epilepsy treatment gap: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2010;88(4):260-6. doi: 10.2471/BLT.09.064147
13. Kaiboriboon K, Malkhachroum AM, Zrik A, et al. Epilepsy surgery in the United States: Analysis of data from the National Association of Epilepsy Centers. *Epilepsy Res*. 2015;116:105-9. doi: 10.1016/j.eplepsyres.2015.07.007
14. Карлов ВА. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин: руководство для врачей. Москва: Медицина; 2010. 718 с. [Karlova VA. *Epilepsiya u detei i vzroslykh zhen-shchin i muzhchin: Rukovodstvo dlya vrachei* [Epilepsy in children and adult women and men: Guide for physicians]. Moscow: Meditsina; 2010. 718 p.]
15. Eatock J, Baker GA. Managing patient adherence and quality of life in epilepsy. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2007;3(1):117-31. doi: 10.2147/ndt.2007.3.1.117