

# Современные подходы к организации помощи и ведению пациентов с эпилепсией (на примере Тюменской области)

**О. А. Рахманина**, к.м.н., доцент кафедры неврологии и нейрохирургии<sup>1</sup>, врач-невролог<sup>2</sup>  
**Е. В. Левитина**, д.м.н., проф. кафедры неврологии и нейрохирургии<sup>1</sup>  
**Д. И. Лебедева**, к.м.н., гл. невролог Департамента здравоохранения Тюменской области, гл. врач<sup>2</sup>  
**И. А. Лебедев**, д.м.н., доцент кафедры неврологии и нейрохирургии<sup>1</sup>  
**Е. В. Безносков**, ординатор второго года обучения<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень  
<sup>2</sup>ГАУЗ Тюменской области «Областной лечебно-реабилитационный центр», г. Тюмень

## Contemporary approaches to organization and management of patients with epilepsy (on example of Tyumen Region)

E. V. Levitina, I. A. Lebedev, E. V. Beznosov, O. A. Rakhmanina, D. I. Lebedeva  
Tyumen State Medical University, Regional Treatment and Rehabilitation Centre; Tyumen, Russia

### Резюме

Эпилепсия — это хроническое заболевание, требующее длительного наблюдения за пациентами. Факторы, влияющие на исход терапии многообразны, при этом ключевыми из них являются организация помощи и режим наблюдения пациентов. В различных регионах мира сохраняется огромный разрыв в организации помощи больным эпилепсией, и нет единого системного подхода по ведению 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 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 их сети, обеспечивающей доступность специализированной эпилептологической помощи.

Ключевые слова: эпилепсия, организация помощи, эпилептологический центр.

### Summary

Epilepsy is a chronic disorder, requiring long-term observation at patients. The influencing on the therapy factors are diverse, by this token, the key of them are care organization and the regime of follow-up. At the different world parts there is still wide gap in the organization of health care of patients with epilepsy, and there is no united system approach in guiding patients. The need of optimization of specialized medical care of this category of patients is confirmed by deteriorating life quality of patients and their families, and moreover, more often development of pharmacoresistant forms at ineffective treatment. These and others questions are pointed out at this article with projection at defined region of the south of Tyumen region. The importance of creation not only epileptological centers of high level, but the whole network, providing availability of specialized health care of patients with epilepsy is underlined.

Key words: epilepsy, care providing, care organization, epileptological centre.

### Актуальность организации помощи пациентам с эпилепсией

Эпилепсия является одним из наиболее частых заболеваний нервной системы. Как и все хронические заболевания, она накладывает отпечаток на образ жизни и требует длительного наблюдения за пациентами [3]. Длительность наблюдения при эпилепсии измеряется годами в связи с тем, что даже при успешном лечении и достижении ремиссии сроки приема антиэпилептических препаратов (АЭП) в среднем составляют 3–5 лет [16]. Кроме того, как при любом хроническом заболевании, при эпилепсии сложно говорить об излечении, так как даже если приступов уже нет, нельзя с уверенностью исключить их появления в будущем. В связи с этим

Международной противоэпилептической лигой (International League Against Epilepsy, ILAE) введены критерии разрешения эпилепсии, которые включают достижение определенного возраста у пациентов с возрастзависимыми эпилептическими синдромами либо отсутствие приступов в течение 10 лет (при этом пять из них после постепенной отмены АЭП). Несмотря на это, на сегодняшний день эпилепсия относится к одному из наиболее incurable хронических заболеваний. Около 60% пациентов с вновь диагностированной эпилепсией при правильном лечении достигают долгосрочной ремиссии [16, 22]. У остальных 30–40% ремиссия не возникает даже на фоне адекватно подобранной терапии, однако частота приступов может

значимо уменьшиться. И только около 10% пациентов являются «абсолютно incurable», в этих случаях ведение пациентов может продолжаться десятилетиями и даже пожизненно.

Основные факторы, влияющие на терапию эпилепсии, можно разделить на: связанные с пациентом (тип течения заболевания, экономический аспект, комплаенс), с врачом или медициной (квалификация; лечебно-диагностическая база; организация помощи, включая льготное обеспечение; организация ведения и наблюдение пациентов) и связанные с обществом (отношение к человеку с эпилепсией — стигматизация) [7]. Уровень организации помощи больным эпилепсией в различных странах мира очень различается из-за того, что диагностика

и лечение этого заболевания являются дорогостоящими [18]. ПЛАЕ признает необходимость дальнейшего совершенствования доказательных, согласованных, специализированных для эпилепсии клинических практических руководств, и основы для этого существуют [25]. Но на сегодняшний день им не следуют интернационально, так как ресурсы многих регионов ограничены. При этом даже в странах Европы (которые имеют высокий уровень финансирования и часто являются ориентиром по оказанию эпилептологической помощи) нет единых стандартов ведения пациентов [17].

Большинство специалистов в Российской Федерации (РФ) также отмечают отсутствие единого системного подхода в ведении пациентов с судорогами и эпилепсией. Однако в последние 15 лет важным сдвигом в организации помощи больным с такой патологией является создание городских и региональных эпилептологических центров [1, 2, 5, 10, 11, 14, 15]. Учитывая разность ресурсов, их организация осуществляется как в рамках государственной, так частной медицины. В международных рекомендациях говорится, что диагностикой и лечением больных данной категории должен заниматься врач, обученный и специализирующийся на эпилепсии [20, 23], поэтому появление эпилептологических центров, несомненно, улучшает качество оказания помощи данной категории пациентов при условии хорошей доступности приема [1, 2, 5, 10, 11, 14, 15, 18, 23]. Отмечается, что специализированная помощь для жителей мегаполисов, городов или пригородных районов почти вдвое превышает доступность данного лечения сельскому населению [23].

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 [17]. Эти центры, в свою очередь, должны иметь доступ к МРТ высокого разрешения, долгосрочную стационарную запись видеозлектроэнцефалографии

и многодисциплинарную врачебную команду, которая должна включать нейропсихологов, психиатров и генетиков. Комплексные эпилептологические центры с возможностью нейрохирургического лечения должны также иметь возможность проведения инвазивной ЭЭГ, а оптимальная производительность такого центра должна составлять не менее 15 резекционных операций в год [17].

Основным вектором развития эпилептологической службы в США является увеличение количества центров с возможностями нейрохирургического лечения. Так, с 2003 года количество центров 3–4-го уровня по классификации NAEC (National Association of Epilepsy Centers) увеличилось с 37 до 189 в 2012 году [21]. При этом отмечается рост имплантаций стимулятора блуждающего нерва, которые даже превысили объем резективных операций в 2011–2012 годах [21].

Последние десятилетия прерогатива ведения пациентов с эпилепсией в РФ принадлежит неврологам. Это связано с множеством факторов, в том числе и с тем, что эпилепсия не всегда подразумевает наличие психических расстройств. Восприятие этих пациентов (особенно взрослых) как «неперспективного пула психиатрических больных» на современном этапе является заблуждением [7]. Однако нужно помнить, что при неэффективности терапии антиконвульсантами психические расстройства встречаются в 2,5 раза чаще, чем у больных с положительным эффектом противосудорожной терапии [12]. Необходимость учета нейропсихологических и психических нарушений на сегодняшний день получила особую значимость с позиции влияния на качество жизни пациентов и их семей [13, 24]. Отметим, что одним из пунктов, которые ААТ (American Academy of Neurology) включила в обновленные (2014) критерии оценки качества медицинской помощи больным эпилепсией, является именно скрининг и коррекция психических и поведенческих коморбидных расстройств [24]. Это еще раз подчеркивает актуальность оптимальной организации ведения пациентов.

## Организация помощи пациентам с эпилепсией на юге Тюменской области

Тюменская область (ТО) имеет сложное административное устройство. Внутри региона выделяют три округа — это юг Тюменской области, Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа. Население юга Тюменской области к настоящему времени приблизилось к 1,5 млн человек. Административный центр области — г. Тюмень, рядом с которым расположены 22 муниципальных образования. В структуре населения преобладают горожане (64,7%), в гендерном составе — женщины (56,4%), доля детского населения равна 22,5%.

Создание эпилептологической службы в ТО имеет свою историю. Впервые специализированный прием для взрослого населения был организован в 1997 году на базе ГАУЗ ТО «Областной лечебно-реабилитационный центр», где он и продолжается до сих пор. Прием детей с эпилепсией и неэпилептическими пароксизмальными состояниями начал свою работу в 2001 году на базе детской городской поликлиники № 6. Однако «детский прием» невролога-эпилептолога неоднократно менял свою базу, что препятствовало его стабильной работе. Таким образом, понимание необходимости создания эпилептологической службы в г. Тюмени и ее фактическая работа появились весьма давно.

Первым официальным документом, регламентирующим работу этой службы, был приказ Департамента здравоохранения ТО № 147 от 12 января 2004 года «Об организации оказания помощи детям, больным эпилепсией». Согласно этому приказу было выделено 1,5 ставки невролога (эпилептолога) для лечения детей и подростков, больных эпилептиформными и другими пароксизмальными состояниями.

Следующим знаковым событием в истории развития службы явилось объединение в 2013 году «взрослых» и «детских» неврологов-эпилептологов в рамках одного центра. Это географическое объединение специалистов для разных возрастных категорий фактически разрешило такой проблемный для многих регионов вопрос преемственности детской и взрослой служб [9, 20].

И наконец, 21 апреля 2015 года директором Департамента здравоохранения ТО был подписан приказ № 486 «Об организации специализированной медицинской помощи больным эпилепсией в Тюменской области», где официально регламентирована работа единого областного эпилептологического центра (ЭЦ) в г. Тюмени на базе ГАУЗ ТО «Областной лечебно-реабилитационный центр», а в его структуру была включена детская служба. Ключевым моментом приказа являлась необходимость выделить на местах в так называемых межтерриториальных кабинетах группу неврологов для приема пациентов с эпилепсией. Таким образом, в ТО был сформирован не просто центр (кабинет) для приема людей с эпилепсией, а разработана система помощи данной категории пациентов, в том числе с учетом доступности для сельского населения [23].

Данным приказом главным врачам районных больниц поручалось создание трех межтерриториальных кабинетов в городах Тобольске, Ишиме и Ялуторовске. К каждому кабинету прикреплены определенные районы (табл. 1) в зависимости от их зоны обслуживания и транспортной схемы. Неврологи кабинетов прошли стажировку по эпилептологии и функциональной диагностике в ЭЦ г. Тюмени.

Маршрутизация помощи в рамках ОМС осуществляется следующим образом: пациент обращается в территориальную поликлинику или непосредственно в межтерриториальный кабинет и далее при необходимости направляется в областной эпилептологический

центр г. Тюмени (направление действительно в течение текущего года). При этом с целью повышения доступности специализированной помощи и проведения методической работы предусмотрена организация выездных бригад эпилептолога и нейрофизиолога. В 2015 году такие бригады посетили Ярковский район, эпилептологические кабинеты Ялуторовска и Тобольска. В центре проводятся школы для пациентов с эпилепсией, так как согласно современным рекомендациям [20] больные с хроническим заболеванием должны быть информированы специалистом лично а также качественными печатными или электронными ресурсами обо всех аспектах заболевания и особенностях образа жизни.

Лечебно-диагностическая база ЭЦ включает в себя экстренную и плановую стационарную помощь для детей с эпилепсией в детском неврологическом отделении областной клинической больницы № 1 (на 40 коек, из них 30% коечного фонда приходится на пациентов с эпилепсией).

В г. Тюмени существует возможность, в том числе в рамках ОМС, проведения практически всех необходимых при эпилепсии исследований: ЭЭГ-видеомониторинга (в т.ч. инвазивного), МРТ головного мозга (мощность аппаратов 1,5–3,0 Т), трактографии, МР-реконструкции, МР-спектроскопии, функциональных МРТ, ОФЭКТ, ПЭТ / КТ. Часть этих исследований используется в рутинной практике эпилептолога, а часть осуществляется благодаря расположенному в городе Федеральному центру нейрохирургии в рамках

предоперационной подготовки фармакорезистентных больных. С 2011 года в этом центре пациентам с эпилепсией имплантированы 70 систем для VNS-терапии, проведены 48 резекционных операций (67% из них при объемных образованиях головного мозга).

Согласно эпидемиологическим данным распространенность эпилепсии на юге ТО среди детей составляет 3,8, а среди взрослых — 2,4 случая на 1 тыс. человек. Заболеваемость равна 0,5 и 0,2 случая на 1 тыс. жителей соответственно. Данный уровень распространенности заболевания сопоставим с аналогичным по РФ — 2,98 [8] и ниже средневропейского — 7,0 на 1 тыс. жителей [17].

Необходимо отметить, что создание межтерриториальных кабинетов значительно улучшило учет пациентов с эпилепсией на местах. В ЭЦ ведется регистр пациентов с эпилепсией. По взрослым пациентам он непрерывно ведется с 2002 года, а количество наблюдающихся в настоящее время пациентов составляет 2396 человек (в целом общий объем регистра охватывает 4757 больных). Количество детей с эпилепсией, зарегистрированных в системе регистра, значительно меньше — 485. Это связано с тем, что детский эпилептолог ведет прием в центре только с 2013 года. Среди всех зарегистрированных больных несколько преобладают лица мужского пола (51,8%). Подавляющее большинство детей (88,0%) находится в возрасте до 15 лет. У всех пациентов лидирующими формами эпилепсии являются симптоматические и, вероятно, симптоматические — 75,4 и 56,1%

**Таблица 1**  
**Распределение территорий ТО за медицинскими организациями, имеющими в своем составе эпилептологический кабинет (центр)**

Районы	Наименование медицинской организации	Количество врачебных ставок / пациентов с эпилепсией, наблюдающихся в кабинете*
г. Тюмень; Ярковский, Нижне-Тавдинский районы	Областной эпилептологический центр ГАУЗ ТО «Областной лечебно-реабилитационный центр»	4,5 / **
г. Тобольск; Тобольский, Уватский, Вагайский районы	Эпилептологический кабинет ГБУЗ ТО «Областная больница № 3», г. Тобольск	1 / 388 (взрослые — 266, дети — 122)
г. Ишим; Ишимский, Аромашевский, Сорокинский, Викуловский, Абатский, Сладковский, Казанский, Бердюжский, Армизонский, Голышмановский районы	Эпилептологический кабинет ГБУЗ ТО «Областная больница № 4», г. Ишим	1 / 555 (взрослые — 389, дети — 166)
г. Ялуторовск; Упоровский, Юргинский, Заводоуковский, Омутинский, Ялуторовский, Исетский районы	Эпилептологический кабинет ГБУЗ ТО «Областная больница № 23», г. Ялуторовск	1 / 548 (Взрослые — 368, дети — 180)

Примечание: \* — по состоянию на конец 2014 года; \*\* — данные регистра областного эпилептологического центра приведены в тексте.

соответственно. По данным ВОЗ, наличие информации об эпидемиологических характеристиках эпилепсии помогает устранить существенные недостатки в организации медицинской помощи [10] (табл. 1).

Важным звеном организации помощи больным с хроническими заболеваниями является их лекарственное обеспечение [7, 16, 17, 18]. В ТО наиболее часто назначаемыми препаратами, выписываемыми по льготам, являются вальпроаты и карбамазепины. На примере данных детского регистра в целом показан спектр АЭП, получаемых пациентами с эпилепсией в г. Тюмени независимо от источника обеспечения (рис. 1, 2).

### Некоторые аспекты ведения пациентов с эпилепсией

Ведение пациентов с хроническим заболеванием и, в частности, эпилепсией, включает много звеньев — от детального сбора жалоб, анамнеза, назначения исследований, определения целей терапии до выбора антиэпилептического препарата или их комбинации. На сегодняшний день большинство этих аспектов четко регламентированы международными (ILAE/IBE) профессиональными организациями. Однако по многим практическим вопросам рекомендации носят общий характер и зачастую ориентированы на организацию и нормативные акты конкретного региона (страны). В таких ситуациях врачи часто вынуждены применять свой собственный, накопленный за годы работы опыт. Так, при выработке алгоритма взаимодействия эпидемиологической службы с территориальными поликлиниками и межтерриториальными кабинетами мы столкнулись с вопросом частоты направления пациентов в ЭЦ. При старте антиэпилептической терапии и в первый год наблюдения для определения частоты визитов пациента клиницисты руководствуются скоростью титрования препарата, необходимостью контроля переносимости и лабораторных показателей, а также частотой приступов у конкретного пациента [6, 9]. В дальнейшем, если удается достигнуть ремиссии, возникает необходимость ее удержания, так как это состояние взаимосвязано с обратным процессом — риском

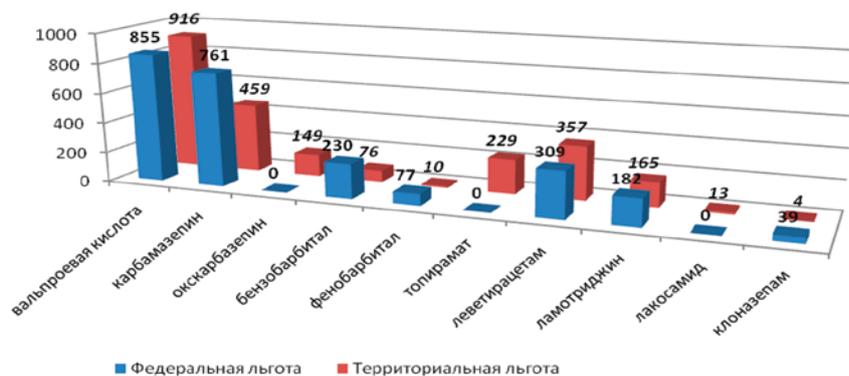


Рисунок 1. Количество пациентов (взрослые и дети) с диагнозом G40–G40.9 (МКБ-10), получающих АЭП по федеральной и территориальной льготе (по данным МИАЦ ТО за 2014 год).

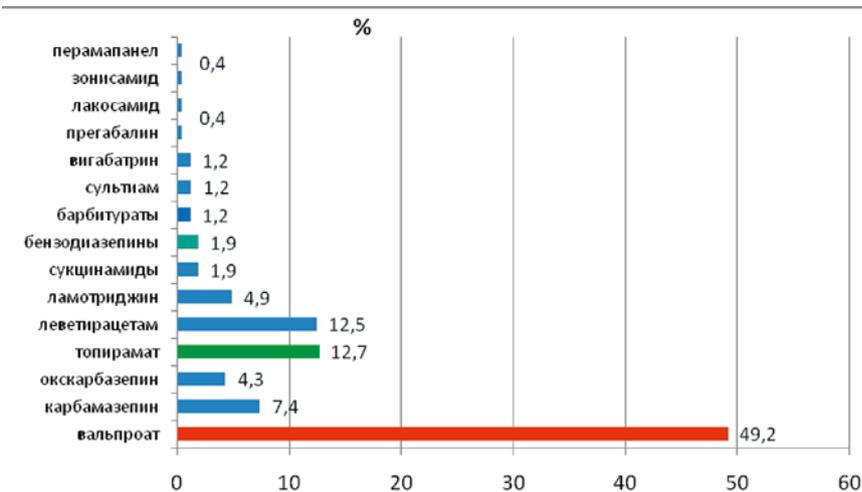


Рисунок 2. Спектр АЭП, получаемых детьми с эпилепсией, независимо от источника обеспечения (по данным регистра областного эпилептологического центра на 2014 год).

ее срыва [12]. В этот период одним из лидирующих факторов становится приверженность терапии.

По результатам исследований, комплаентность больных в первый месяц лечения в среднем составляет 79,4%. Увеличение продолжительности лечения приводит к ухудшению этого показателя, который существенно снижается через 12 месяцев лечения [19]. ААН установлено, что пациенты, находящиеся в ремиссии, пропускают прием одной таблетки в сутки каждые шесть месяцев [4]. В нашей стране больные с эпилепсией находятся на льготном обеспечении и практически ежемесячно посещают врача поликлиники или специальный кабинет для выписки рецептов на АЭП, что на первый взгляд кажется хорошим залогом комплаенса. Однако и число визитов к врачу, и сложившиеся между врачом и пациентом взаимоотношения повышают приверженность к терапии [19]. Руководством по ведению пациентов

с эпилепсией NICE (National Institute for Health and Care Excellence) подчеркивается необходимость лично-центрированной / партнерской тактики ведения. Это подразумевает не только учет специалистом эпилептического синдрома больного, разнообразные нюансы здоровья и качества его жизни, но и тесное сотрудничество, совместное принятие решений с ним и (или) его семьей (опекунами) [20].

Помимо научных литературных данных, эффективное взаимодействие с организаторами здравоохранения невозможно без нормативной документации. В 2012 году Министерством здравоохранения России утверждены стандарты первичной медико-санитарной помощи при эпилепсии (табл. 2).

В настоящее время врачи-эпилептологи работают по следующим стандартам, утвержденным Минздравом РФ:

- стандарт первичной медико-санитарной помощи при парци-

**Таблица 2**  
**Частота визитов к неврологу при парциальной эпилепсии согласно стандарта первичной медико-санитарной помощи по приказу Минздрава РФ № 1404н от 24.12. 2012**

Парциальная и генерализованная эпилепсия	Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель кратности предоставления (на 365 дней)
Фаза диагностики и подбора терапии	B01.023.001 / B01.023.002	Прием врача-невролога первичный + повторный	1 + 5
Фаза ремиссии	B01.023.001 / B01.023.002	Прием врача-невролога первичный + повторный	1 + 2

**Таблица 3**  
**Проект режима наблюдения пациентов эпилепсией в ЭЦТО**

Период наблюдения	Частота визитов	Возможные основания
Визит после инициального назначения АЭП	Через 4 ± 2 недели	Протокол ведения больных «Эпилепсия» 2005 года / Стандарты Минздрава РФ 2012 года
Визиты в течение 1 года наблюдения / фармакорезистентных / срыв ремиссии	Вероятно, каждые 1–2–3 месяца	Рекомендации S. P. Panayotopoulos (2007) по медленному титрованию и лабораторным исследованиям [15] Рекомендации по ведению больного в процессе АЭТ [6]
Визиты для пациентов в ремиссии	Не реже 1 раза в 6 месяцев	Частота приступов (необходимость оценки эффективности АЭП не менее 3–5 межприступных интервалов) Комплаенс и другие аспекты

альной эпилепсии в фазе диагностики и подбора терапии. Приказ Минздрава РФ № 1404н от 24.12. 2012;

- стандарт первичной медико-санитарной помощи при парциальной эпилепсии в фазе ремиссии. Приказ Минздрава РФ № 1107н от 20.12. 2012;
- стандарт первичной медико-санитарной помощи при генерализованной эпилепсии в фазе диагностики и подбора терапии. Приказ Минздрава РФ № 1439н от 24.12. 2012;
- стандарт первичной медико-санитарной помощи при генерализованной эпилепсии в фазе ремиссии. Приказ Минздрава РФ № 1440н от 24.12. 2012.

В данных стандартах рекомендуется высокая частота визитов пациента с эпилепсией к неврологу — шесть раз в первый год наблюдения (в среднем каждые два месяца) и три раза в год после достижения ремиссии (в среднем каждые четыре месяца). Однако это стандарт территориальных поликлиник, в связи с чем возникает вопрос: сколько из этих визитов должны приходиться на специализированный центр? Исходя из вышеизложенного, в нашем областном ЭЦ сложился внутренний алгоритм частоты визитов, макет которого

представлен в табл. 3 (что не исключает при необходимости индивидуального подхода к пациенту).

### Заключение

За последние годы в г. Тюмени проведена большая работа по организации квалифицированной помощи больным с эпилепсией, что значительно повысило качество диагностики и лечения этого заболевания.

Вместе с тем многие аспекты выявления и терапии рассматриваемой патологии нуждаются в усовершенствовании и развитии. Одним из таких аспектов является улучшение диагностической базы как с технической точки зрения (увеличение количества установок ЭЭГ-видеомониторинга; МРТ по эпилептологической программе; подготовка и повышение квалификации соответствующих специалистов), так и с организационной. Например, терапевтический лекарственный мониторинг осуществляется в регионе только независимыми медицинскими лабораториями, находящимися в частном владении, крайне ограничены возможности проведения ЭЭГ-видеомониторинга по программе ОМС в рамках амбулаторного звена. В городе нет возможности проведения фармакогенетических и молекулярно-генетических исследований (это проводится только при

содействии независимых медицинских лабораторий). 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 являться перспективной площадкой для создания комплексного эпилептологического центра.

Таким образом, организация помощи и совершенствование системы ведения пациентов с эпилепсией являются актуальной проблемой, решение которой требует комплексного подхода с участием региональных органов управления здравоохранения [2, 5].

### Список литературы

1. Агранович О. В. К вопросу об организации специализированной эпилептологической помощи детям // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2009. — № 3. — С. 26–30.
2. Баишева Г. М., Вьючин А. В. Организация работы городского кабинета детского эпилептолога // Якутский медицинский журнал. — 2011. — № 4. — С. 104–105.
3. Балабанова А. И., Бавдурный А. А., Больба М. В., Белова Е. В., Рахманина О. А., Муравьев С. А. Образ жизни и немедикаментозные методы лечения при эпи-

- лепсии // Медицинская наука и образование Урала.— 2015.— № 2 (1) — С. 139–145.
4. Броун Т. Р., Холмс Г. Л. Эпилепсия. Клиническое руководство // Пер. с англ. М.: «Издательство БИНОМ».— 2006.— 288 с.
  5. Волков И. В., Калинин О. К. Опыт организации противоэпилептической помощи в Новосибирске // Вестник эпилептологии.— 2004.— № 1 (02).— С. 15–17.
  6. Воронкова К. В., Петрухин А. С., Пылаева О. А., Холин А. А. Рациональная антиэпилептическая фармакотерапия. Руководство для врачей // М.: Издательство «БИНОМ».— 2008.— 192 с.
  7. Воронкова К. В., Петрухин А. С. Проблемы в лечении пациентов с эпилепсией и их решение // Эпилепсия.— 2015.— № 2 (17) — С. 3–8.
  8. Гехт А. Б., Мильчакова Л. Е., Чурилин Ю. Ю., Бойко А. Н., Голованова И. В., Шпрах В. В., Кабаков Р. М., Баханова Р., Котов С. В., Котов А. С., Спиринов Н. Н., Пизова Н. В., Волкова Л. И., Перунова Н. Н., Гусев Е. И. Эпидемиология эпилепсии в России // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 2006.— № 1.— С. 3–7.
  9. Детская неврология. Клинические рекомендации. Выпуск 1 // Под редакцией Гузевой В. И.— Издательство: Москва.— 2014.— 328 с.
  10. Дроздова И. П., Кохан В. Г., Мошина А. Г., Сулова Н. Ю., Налькин С. А. Клинико-эпидемиологическая характеристика эпилепсии у жителей Хабаровска // Дальневосточный медицинский журнал.— 2014.— № 4.— С. 40–44.
  11. Зуева Г. А., Дудкина Н. А. Организация специализированной помощи больным эпилепсией среди детского населения города Твери // Сборник трудов конференции «Актуальные вопросы реабилитации в неврологии и психиатрии», г. Тверь.— 27 февраля 2014.— С. 19–20.
  12. Карлов В. А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин: Руководство для врачей // М.: Медицина.— 2010.— 718 с.
  13. Михайлов В. А. Актуальные вопросы эпилептологии — стигматизация, качество жизни и реабилитация больных // Эпилепсия и пароксизмальные состояния.— 2010.— Т. 2, № 3.— С. 39–44.
  14. Перунова Н. Ю. Опыт организации консультативной помощи больным эпилепсией в Екатеринбурге // Вестник эпилептологии.— 15.07. 2003.— С. 19–21.
  15. Сивкова С. Н., Карпова Е. О. Практические аспекты работы кабинета по лечению эпилепсии и пароксизмальных состояний в г. Казани // Вестник эпилептологии.— 2008.— № 1.— С. 36–40.
  16. Современные проблемы диагностики и лечения эпилепсии у детей. Интервью с руководителем клиники детской неврологии и эпилепсии им. Свяителя Луки (Москва), главным редактором журнала «Вестник эпилептологии», проф., д.м.н. Константином Юрьевичем Мухимым // Вестник эпилептологии.— 2014.— № 1–2.— С. 2–4.
  17. Baulac M., de Boer H., Elger C., Glynn M., Kalviainen R., Little A., Mifsud J., Perucca E., Pitkanen A., Ryvlin Ph. Epilepsy priorities in Europe: A report of the ILAE-IBE Epilepsy Advocacy Europe Task Force // Epilepsia.— 2015.— Vol. 56 (11).— 1687–1695.
  18. 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.— Vol. 47 (7).— P. 1225–1231.
  19. Eatock J., Baker GA. Managing patient adherence and quality of life in epilepsy // Neuropsychiatr Dis Treat.— 2007.— Vol. 3 (1).— P. 117–131.
  20. Epilepsies: diagnosis and management. NICE guidelines [CG137] Published date: January 2012 [сайт]. URL: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg137> [дата обращения 9.01.2016].
  21. Kaiboriboon K., Malkhachroum AM., Zrik A., Daif A., Schiltz NM., Labiner DM., Lhatao SD. Epilepsy surgery in the United States: Analysis of data from the National Association of Epilepsy Centers // Epilepsy Res.— 2015.— Vol. 116.— P. 105–1099.
  22. Kwan P., Sander J. The natural history of epilepsy: an epidemiological view // J Neurol Neurosurg Psychiatry.— 2004.— Vol. 75 (10).— P. 1376–1381.
  23. Meyer A-C., Dua T., Ma J., Saxena Sh., Birbeck G. Global disparities in the epilepsy treatment gap: a systematic review // Bull World Health Organ.— 2010.— Vol. 88 (4).— P. 260–266.
  24. Nathan B. Fountain, Van Ness PS., Bennett A. et al. Quality improvement in neurology: Epilepsy Update Quality Measurement Set // Neurology.— 2015.— Vol. 84.— P. 1483–1487.
  25. Sauro KM., Wiene S., Perucca E., French J., Dunkley C., de Marinis A., Kirkpatrick M., Jette N. Developing clinical practice guidelines for epilepsy: A report from the ILAE Epilepsy Guidelines Working Group // Epilepsia.— 2015.— Vol. 56 (12).— P. 1859–1869.





## IV Международный КОНГРЕСС и ВЫСТАВКА

# ФИЗИОТЕРАПИЯ. ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА. РЕАБИЛИТАЦИЯ. СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА

30–31 октября 2018. Москва, Крокус Экспо, Павильон №2



В рамках двухдневной программы конгресса запланировано проведение симпозиумов, лекций и мастер-классов. В числе вопросов, поднимаемых на конгрессе — традиционные и современные методы реабилитации, физиотерапии и ЛФК, методические вопросы организации физиотерапевтической помощи, а также обсуждение возможностей комплексного использования фармацевтических медицинских технологий и нелекарственных методик.

#### Организаторы конгресса



По вопросам участия, пожалуйста, обращайтесь в оргкомитет Конгресса:  
**Наталья Ломоносова** ✉ [event@mb-solutions.ru](mailto:event@mb-solutions.ru)  
 ☎ 8 499 500 93 96 / 8 926 696 88 60

**Агентство MBS**  
 ✉ [event@mb-solutions.ru](mailto:event@mb-solutions.ru)  
 ☎ 8 499 500 9396  
 🌐 [www.event-mbs.ru](http://www.event-mbs.ru)

[www.rehabcongress.ru](http://www.rehabcongress.ru)
[www.event-mbs.ru](http://www.event-mbs.ru)