

МЕДИЦИНСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЭПИЛЕПСИЕЙ, ДЕБЮТИРУЮЩЕЙ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ

АЛЬ-ХОЛАЙДИ МАХФУД*, ГЛУШАНКО В.С.**, ПАШКОВ А.А.*

*Витебский государственный медицинский университет,
кафедра неврологии и нейрохирургии*,
кафедра общественного здоровья и здравоохранения***

Резюме. С целью изучения качества стационарной медицинской помощи больным с «поздней» эпилепсией, степени ее соответствия международным стандартам проведен анализ 150 «Медицинских карт стационарного больного». Результаты анализа сопоставлялись с данными параллельного осмотра больных (76% мужчин, 24% женщин), рекомендациями «Временных протоколов ведения больных терапевтического профиля» и международных стандартов.

Эффективность использования медицинских технологий стационарного ведения больных с «поздней» эпилепсией у 74,7% обследованных была оценена как высокая, у 25,3% – выше среднего. Показано, что дальнейшее совершенствование стационарной помощи данной категории больных возможно при отработке четкой системы сбора анамнестических и клинических данных; комплексном диагностическом подходе; выявлении у больных алкогольной или наркотической зависимости; проведении инструментального обследования и вынесении диагноза «эпилепсия» в соответствии с международными стандартами; своевременном назначении антиконвульсантов и правильном составлении реабилитационных и профилактических рекомендаций; формировании у пациентов реабилитационно-терапевтической мотивации; повышении теоретической подготовки медицинского персонала, больных и населения по вопросам данного заболевания.

Ключевые слова: стационарная помощь, медицинская технология, эпилепсия у взрослых.

Abstract. With the purpose of studying the qualitative level of the hospital care of the patients suffering from «delayed» epilepsy and its conformity with the international standards the analysis of 150 inpatient cards was carried out. The findings of the analysis were compared to those of parallel examination of the patients (76% of men and 24% of women), to the recommendations of “Provisional proceedings of the follow-up of patients with internal diseases” and to the international standards.

The effectiveness of the use of the medical technology of the hospital treatment of the patients suffering from «delayed» epilepsy was estimated as high in 74,7% of patients, and as above the average in 25,3% of patients. It is shown that further perfection of the inpatient care of this category of patients is possible with elaboration of an efficient system of anamnesic and clinical findings collection; revealing of alcoholic dependence and drug addiction in these patients; instrumental checkup and diagnosing of epilepsy in accordance with the international standards; timely prescription of anticonvulsants and proper working out of rehabilitation and prophylaxis recommendations; formation of rehabilitation-and-therapeutic motivation in these patients; improved quality of the theoretical training of medical staff, patients and population as regards this disease.

Эпилепсия давно привлекает внимание клиницистов. Это связано с рядом факторов и, прежде всего, с широким распространением заболевания и его тяжелых последствий [11, 12].

Заболевание является полиэтиологичным. У детей и подростков причиной чаще являются

генетические факторы, вызывающие нарушения обмена веществ или факторы, связанные с перинатальной патологией; у взрослых – экзогенные воздействия на мозг или соматические болезни, детерминирующие церебральный дисметаболизм [3, 4, 11, 12].

Всемирной противоэпилептической лигой в 1997 г. разработаны и опубликованы “Современные стандарты ведения больных эпилепсией”, где

Адрес для корреспонденции: 210023, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27, Витебский государственный медицинский университет, кафедра неврологии и нейрохирургии - Аль-Холайди Махфуд

эпилептология определена как междисциплинарная наука, объединяющая различные разделы неврологии, педиатрии, психиатрии, нейрохирургии, нейрофизиологии, нейрорадиологии, клинической фармакологии, нейропсихологии и социальной медицины [7, 8]. В этом аспекте качественное оказание помощи больным эпилепсией возможно при организации четкого, согласованного взаимодействия специалистов различных служб, направленного на оптимальное решение конкретных индивидуальных проблем больного, т.е. создание медицинской (медико-социальной) технологии диагностики, лечения, реабилитации и профилактики эпилепсии [5, 9, 14].

Под медицинской технологией понимается динамически взаимосвязанное клиническое, лабораторное, инструментальное, функционально-диагностическое, лекарственное, немедикаментозное, реабилитационное, организационно-методическое, а так же сервисное обеспечение лечебно-диагностического процесса, которое представляет собой определенный набор и последовательность законченных действий (операций) и процедур (суммы операций) [13].

Существующая система медицинской помощи больным эпилепсией позволяет говорить о сохраняющемся у нас в республике приоритете стационарного звена (неврологические отделения) в решении вопросов первичной диагностики, экспертизы, формирования планов лечения, реабилитации и вторичной профилактики. На данный период времени в Республике Беларусь нет нормативных документов, предписывающих четкий алгоритм ведения больных эпилепсией. Лечебно-профилактические организации Витебской области руководствуются региональными, утвержденными в 2000 г. Министерством здравоохранения «Временными протоколами обследования и лечения больных терапевтического профиля» [6]. Международные стандарты в сложившейся нормативной ситуации носят в большей степени рекомендательный характер.

Учитывая изложенное выше, целью настоящего исследования явилось изучение качества клиничко-диагностических, лечебных и организационно-методических составляющих стационарной медицинской помощи больным с эпилептическими расстройствами, впервые возникающими у людей зрелого возраста, а также степени ее соответствия международным стандартам, пре-

дусмотренным документами ВОЗ и Международной лиги по борьбе с эпилепсией.

Методы

Для достижения поставленной цели проведен анализ «Медицинских карт стационарного больного» 150 больных, госпитализированных в неврологические отделения городской больницы скорой медицинской помощи, областной клинической и областной клинической психиатрической больниц г. Витебска в 2001-2002 г. в связи с развившимися эпилептическими припадками. Результаты анализа сопоставлялись с данными параллельного осмотра больных, клиничко-анамнестического анализа, дополнительных методов обследования в соотношении с рекомендациями «Временных протоколов ведения больных терапевтического профиля» и международных стандартов. Основное количество пациентов (60%) имели возраст от 30 до 60 лет при его средней величине для всей группы 46,4±13,1 года. Из всего числа обследованных мужчины составили 76%, женщины – 24%.

В работе использовались следующие методы исследования:

1. Анамнестический: одновременно в период сбора анамнеза лечащим врачом формировался банк данных и анализировались сведения о перенесенных заболеваниях, травмах, интоксикациях, социальных условиях, особенностях профессиональной деятельности, характере предыдущего медицинского наблюдения и т.д.

2. Клинический: параллельно производился общепринятый врачебный осмотр- оценка соматического, неврологического, психического статуса, измерение артериального давления, частоты пульса. В момент осмотра на основании полученных данных, анамнеза, сведений от родственников, медперсонала, сотрудников или других лиц производилась оценка характера эпилептического пароксизма. В случаях выявления новой информации, по показаниям, больные дополнительно осматривались смежными специалистами: терапевтом, хирургом, нейрохирургом, онкологом и др.

3. Инструментально-лабораторный: при обнаружении новых данных, требующих повторной или дополнительной функционально-инструментальной и лабораторной оценки, произво-

дились электроэнцефалография (ЭЭГ), эхоэнцефалография (ЭХО-ЭГ), электрокардиография (ЭКГ), офтальмоскопия, выполнялось общее и биохимическое исследование крови, мочи; по показаниям – рентгенография, компьютерная рентгеновская (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ), ультразвуковая доплерография сосудов мозга (УЗДГ) и т.д.

4. Полученные вследствие реализации п.п. 1-3 сведения подвергались комиссионному анализу на основании методики «Интегральной оценки эффективности медицинских технологий» [13].

Интегральная оценка эффективности медицинских технологий (МТ) основывается на учете совокупной величины (I_e), состоящей из суммы совокупных величин трех блоков критериев: для характеристики клинико-диагностического обследования пациента ($\square Kd_1 - Kd_{16}$); для оценки лечебно-реабилитационных мероприятий ($\square Lr_1 - Lr_9$) и организационно-методических критериев ($\square Om_1 - Om_{16}$). Критерии $Kd_1 - Kd_{16}$ в свою очередь подразделены на блоки, характеризующие полноту, соответствие стандарту, обоснованность и своевременность первичного и контрольного клинического, лабораторного, инструментального обследований. При этом каждый из них (за исключением Kd_1) позволяет оценить различные аспекты исследуемого процесса как «полное соответствие стандарту», «неполное – не проведены важные исследования», «неполное – не проведены самые важные исследования».

Критерии $Lr_1 - Lr_9$ отражают обоснованность, своевременность назначаемого лечения и соответствие его стандарту, обоснованность его дополнения, отмены; полноту проводимых реабилитационных мероприятий. Как в предыдущем и последующем разделах, каждый критерий имеет 3-х или 2-х ступенчатую градацию.

Организационно-методические критерии ($Om_1 - Om_{16}$) характеризуют оптимальность сроков госпитализации, правильность постановки диагноза, обоснованность назначения пациенту консультативных услуг, соответствие состояния здоровья пациентов при выписке из отделения критериям оценки качества (выздоровление, значительное улучшение и т.д.).

Учитывая различные формулировки в описании степени реализации каждой составляющей МТ, для упрощения изложения мы будем их име-

новать как «полная» – полная обоснованность реализации составляющей МТ и соответствие ее действующим стандартам; «почти полная» – не реализованы важные, предусмотренные стандартом составляющие МТ; «неполная» – не реализованы очень важные нормативные составляющие МТ. Трехступенчатая градация является текущей. Конечный же интегральный показатель эффективности ($I_e = \square Kd_{1-16} + \square Lr_{1-9} + \square Om_{1-16}$) позволяет произвести оценку уровней эффективности медицинской технологии в пяти категориях: низкий, ниже среднего, средний, выше среднего, высокий [13].

Результаты и обсуждение

Клинико-диагностическое обследование. Согласно полученным данным качество реализации его отдельных составляющих было различным (рис. 1). Во время первичного осмотра 78,7% пациентов клинически (Kd_1) были обследованы лечащим врачом в полном объеме. У 21,3% пациентов имелись ограничения в сборе анамнестических сведений, касавшиеся в первую очередь характеристики эпилептических пароксизмов, недостаточное посистемное описание соматического, неврологического и психического статуса.

Ведущим методом инструментальной диагностики эпилепсии, включенным в стандарты ведения этой категории больных как обязательного, является электроэнцефалография. Учет данных ЭЭГ, согласно отечественным критериям эпилепсии, является необходимым для постановки данного диагноза и проведения дифференциальной диагностики. Помимо того, международными стандартами ведения больных эпилепсией предусмотрено обязательное использование методов нейровизуализации (КТ, МРТ) при следующих обстоятельствах: если впервые в любом возрасте развиваются припадки с парциальным началом; если припадки возникают в первые годы жизни, или у взрослых с не классифицируемым началом, или видимо генерализованным; при наличии стабильного очагового неврологического и/или нейропсихологического дефекта; при эпилепсии, резистентной к лечению препаратами первого ряда; при возобновлении припадков на фоне терапии или изменении паттерна припадков. Такие методы, как эхо-энцефалоскопия, люм-

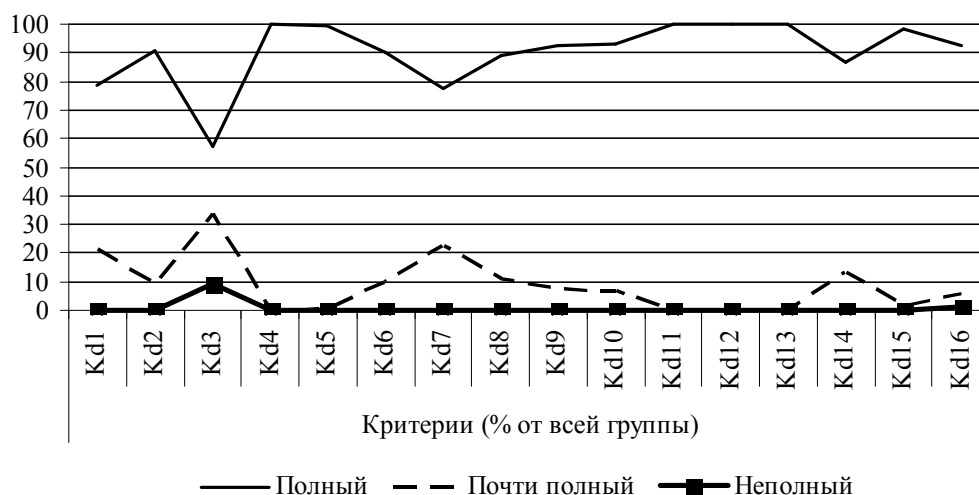


Рис. 1. Характеристика уровней клинико-диагностического обследования больных эпилепсией (n=150).

бальная пункция, краниография в настоящее время носят вспомогательный характер [7]. В анализируемой ситуации у 57,3% больных содержание и объем первичного инструментального обследования (Kd_3) были полностью обоснованы и соответствовали стандарту. У 33,3% пациентов за время лечения не были проведены отдельные важные первичные инструментальные обследования (рентгенограмма черепа, ЭХО-ЭГ, КТ, МРТ), а в 9,6% случаев не выполнена ЭЭГ, предусмотренная стандартами обследования больных эпилепсией как обязательное исследование, или КТ, МРТ при наличии показаний. Если первичные лабораторные исследования (Kd_6) у 90% больных проведены в предусмотренные сроки, то инструментальные исследования (Kd_7) своевременно выполнены только у 77%. У 33% пациентов задержки обследования в основном были обусловлены отсутствием диагностического оборудования (ЭЭГ, КТ, МРТ, УЗДГ) в неврологических стационарах и необходимостью их направления в другие организации здравоохранения. Это же являлось и причиной невозможности реализации полноты (Kd_{14}) контрольных инструментальных исследований за время нахождения больного в стационаре, процент которой составил 86,7.

Лечебно-реабилитационные мероприятия. В настоящее время считается, что условиями, позволяющими достичь положительных результатов в лечении эпилепсии, является раннее его начало, индивидуальность, непрерывность, длительность и преемственность [5, 7, 9]. Перспективы успешного лечения, вторичной профилак-

тики и реабилитации в значительной мере связаны с все расширяющимся арсеналом антиконвульсантов (АК) [2]. Однако немаловажное значение в этом плане имеет учет и коррекция других, в первую очередь этиопатогенетических механизмов эпилепсии, впервые возникающей у людей зрелого возраста. Степень реализации лечебно-реабилитационных мероприятий, проводимых в стационаре у обследованных больных (рис. 2) в целом можно было оценить как полную. Вопросы, имеющие преимущественно теоретический характер, относились к критериям Lr_1 , $Lr_{7,9}$. Первый из них касался назначения больным препаратов (Lr_1) из группы АК и транквилизаторов (ТВ). Как показал анализ, независимо от давности развития эпилепсии препаратами выбора оставались ТВ (рис. 3), принимаемые 86,2% больных. Это согласуется с литературными данными о наличии противосудорожного эффекта у транквилизаторов из группы бензодиазепинов [9, 11, 12]. Пациенты, получавшие АК, составляли 27,6%, а препараты из обеих групп – 13,8%, что не вполне согласуется с протоколами ведения неврологических больных, предусматривающими назначение АК больным с установленным диагнозом эпилепсии. В обследованной группе количество больных, которых припадки беспокоили до момента госпитализации, в том числе и на фоне транквилизаторов, и которым показано было назначение АК, составляло 57,5%.

Вторым вопросом, требующим дальнейшего обсуждения, как следует из результатов исследования, является необходимость и объем назна-

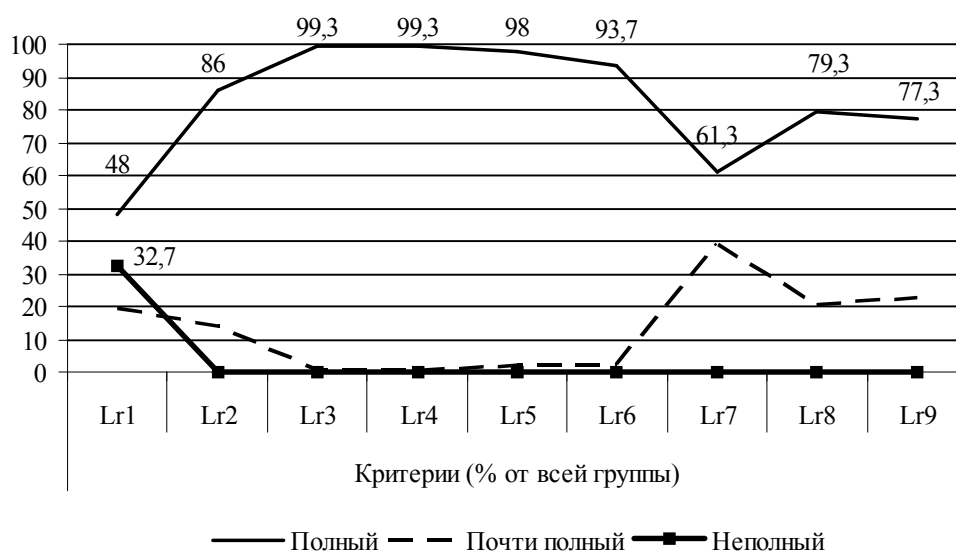


Рис. 2. Характеристика уровней лечебно-реабилитационной помощи больным эпилепсией (n=150).

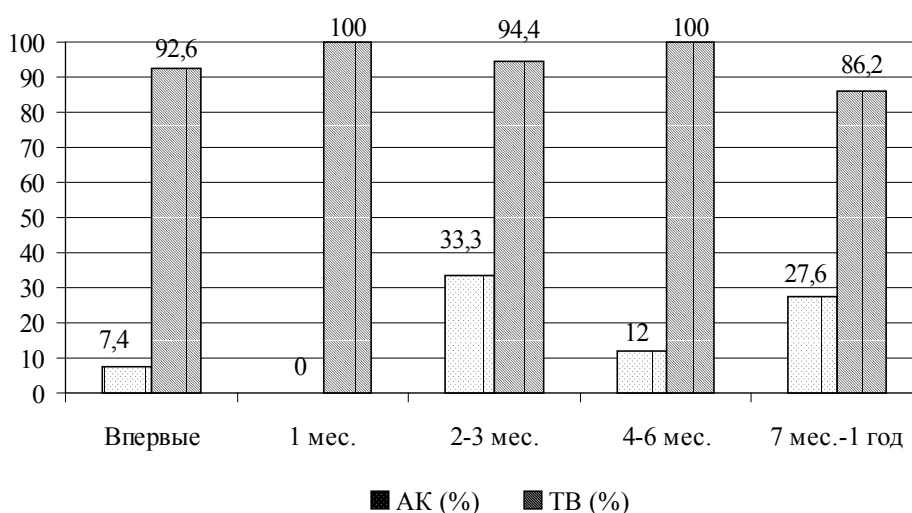


Рис. 3. Характеристика противосудорожной терапии больных эпилепсией в соотношении с давностью приступов (n=150).

чаемого дополнительного лечения и оптимизация реабилитационных мероприятий (Lr₇), содержание которых остается индивидуально направленным и не нормировано полностью стандартами ведения больных эпилепсией. Что касается его первой части, то в данной группе больных в 38,7% случаев первоначальная схема лечения дополнена препаратами, корректирующими функцию других органов. Вторая часть вопроса непосредственно связана с формулировкой заключительного диагноза, степенью его этиопатогенетической обоснованности и в связи с этим примерно в 22% случаев (Lr_{8,9}) имела место необходимость внесения дополнительных рекомендаций в планы стационарной и перспективной реабилитации, что показал следующий раздел исследования.

Организационно-методическое обеспечение реализации МТ. Анализ организационно-методических критериев реализации МТ больным эпилепсией (рис. 4) выявил потребность в оптимизации сроков госпитализации (Om₁), правильности постановки клинического (Om₅) и заключительного диагнозов (Om₈). Величина критериев Om₅, Om₈ сказалась и на критериях Om₁₃₋₁₆: адекватность использования врачом определенной МТ, наличие резервов для более оптимального ее применения, связи качества ее использования с техническим оснащением лечебного учреждения и возможными техническими резервами.

Протоколами ведения больных эпилепсией предусмотрена средняя длительность их стационарного обследования в 7 дней, при час-

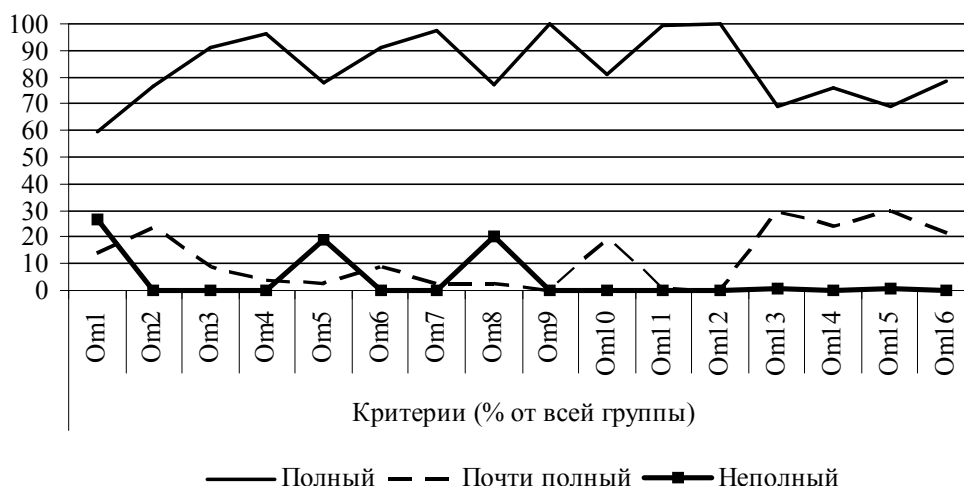


Рис. 4. Характеристика организационно-методического обеспечения лечения больных эпилепсией (n=150).

тых припадках и необходимости подбора дозы препарата – 21 день. Средняя продолжительность нахождения в стационаре обследованного контингента составила $8 \pm 0,4$ койко-дней, при вариациях от 1 до 30 дней (рис. 5). В целом же среди пролеченных больных у 59,3% длительность госпитализации (Om_1) соответствовала сроку, установленному временным протоколом для лиц, страдающих эпилепсией. В 14% случаев имелось превышение продолжительности госпитализации, а у 26,7% пациентов длительность госпитализации оказалась меньше установленных границ. Сроки продолжительности госпитализации были обоснованными в 76,7% случаев. Уменьшение сроков, как правило, детерминировалось окончанием обследования (93,8%), самовольным уходом из стационара,

нарушением режима (6,2%). Увеличение сроков госпитализации в 95,3% случаев определялось необходимостью уточнения диагноза, наличием сопутствующих заболеваний, требующих дополнительного лечения (пневмония, артериальная гипертензия, бронхиальная астма и др.), в ряде случаев – доступностью некоторых диагностических методов исследования (КТ, МРТ). В 4,7% случаев увеличение сроков госпитализации определялось необоснованной задержкой выписки лечащим врачом.

Критерии, отражающие правильность и полноту постановки клинического (Om_5) и заключительного (Om_8) диагноза, показали, что они соответствовали один одному и, в среднем, в 77% случаев полностью характеризовали имеющиеся расстройства. В 3% случаев в диагнозах не в пол-

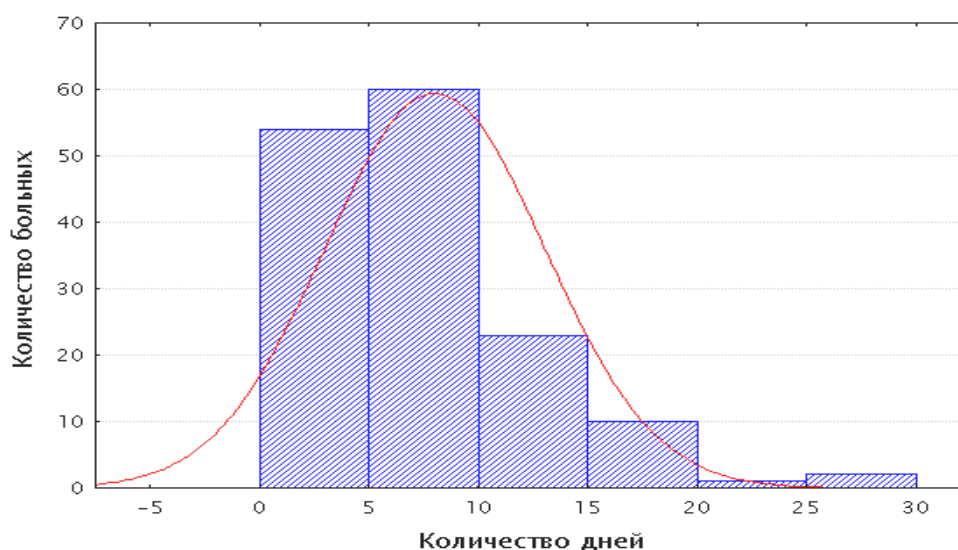


Рис. 5. Длительность госпитализации больных эпилепсией (n=150).

ном объеме отражались сопутствующие заболевания. У 20% больных, при соответствии содержательной стороны диагноза имеющемуся расстройству, изменение его формулировки влекло изменение акцентов в реабилитационных и профилактических программах. Прежде всего, это касалось вынесения на первое место в совокупности нозологий диагноза «эпилепсия».

По определению экспертов Международной противэпилептической лиги, «эпилепсия – это состояние, характеризующееся повторными (2 и более) эпилептическими припадками, не спровоцированными какими-либо непосредственными причинами». Множественные припадки, происходящие в течение 24 часов, расцениваются как однократное событие. Фебрильные и неонатальные припадки не включаются в эту категорию [10, 14, 15]. Эпилепсия, развившаяся впервые у людей зрелого возраста, в большинстве случаев может быть отнесена к симптоматической [1].

Настоящее исследование показало, что у 42,6% больных ведущей причиной развития заболевания могла быть перенесенная ранее черепно-мозговая травма, 26% больных страдали хроническим алкоголизмом (факт избыточного употребления алкоголя выявлен у 58% обследованных), 16% пациентов до появления эпилептических пароксизмов перенесли острые нарушения мозгового кровообращения или страдали хронической его недостаточностью, 5,4% обследованных болели воспалительными заболеваниями головного мозга, у 1,3% пациентов выявлены объемные мозговые процессы. Только у 13 человек (8,7%) не выявлено никаких анамнестических и клинических сведений, которые можно было бы оценить как этиопатогенетически значимые для развития эпилептического пароксизма.

У 57,5% впервые госпитализированных больных припадки имели место и ранее. Следовательно, если руководствоваться международными критериями эпилепсии и изложенным выше, у большинства больных имеется достаточно оснований для постановки диагноза «симптоматическая эпилепсия» как ведущего или сопутствующего заболевания. В то же время, как уже отмечено, у 20% больных клинический и заключительный диагноз отражали в

первую очередь возможные причины эпилептических приступов, а не факт наличия эпилепсии. Примером может служить диагноз «посттравматическая энцефалопатия с судорожным синдромом» вместо диагноза «симптоматическая эпилепсия, фокальная форма вследствие посттравматической энцефалопатии с редкими простыми парциальными пароксизмами». Вынесение заключительного диагноза «эпилепсия» в развернутой формулировке, предусмотренной Международной классификацией эпилепсии, вместо эпилептического синдрома, позволит, во-первых, осуществлять реальный статистический учет заболеваемости и болезненности населения, во-вторых, адекватно строить реабилитационные и профилактические программы и, в третьих, осуществлять в соответствии с существующими стандартами подбор противосудорожной и дополнительной терапии. Возможно, в ситуации, где требуется значительная коррекция заболевания инициировавшего эпилепсию, целесообразно вынесение диагноза «эпилепсия» и его шифровка как дополнительного расстройства.

Полное соответствие стандарту объема консультативных медицинских услуг (Om_{10}) констатируется у 80,7% больных. Адекватное и полное использования МТ лечащим врачом (Om_{13}) имело место у 69,3% больных, почти полное – у 30%, неполное – 0,7%, что в совокупности обуславливалось технической оснащенностью и организацией функционально-инструментального и лабораторного обследования, подходами к лечению больных данной категории в учреждении, подходами к формулировке диагнозов и рядом других более частных вопросов. Усредненно в 25% исследованных случаев имелись резервы для более адекватного использования МТ с учетом технической вооруженности лечебно-профилактической организации и возможными техническими резервами (Om_{14-16}).

В итоге, как показали результаты (Ie) исследования (рис. 6), эффективность использования МТ стационарного ведения больных с «поздней» эпилепсией у 74,7% обследованных могла быть оценена как высокая, у 25,3% – выше среднего. Последняя величина, как видно из рисунка (рис. 6) и было отмечено выше, обусловлена выявленными неиспользованными резервами по реализации составляющих разделов МТ.

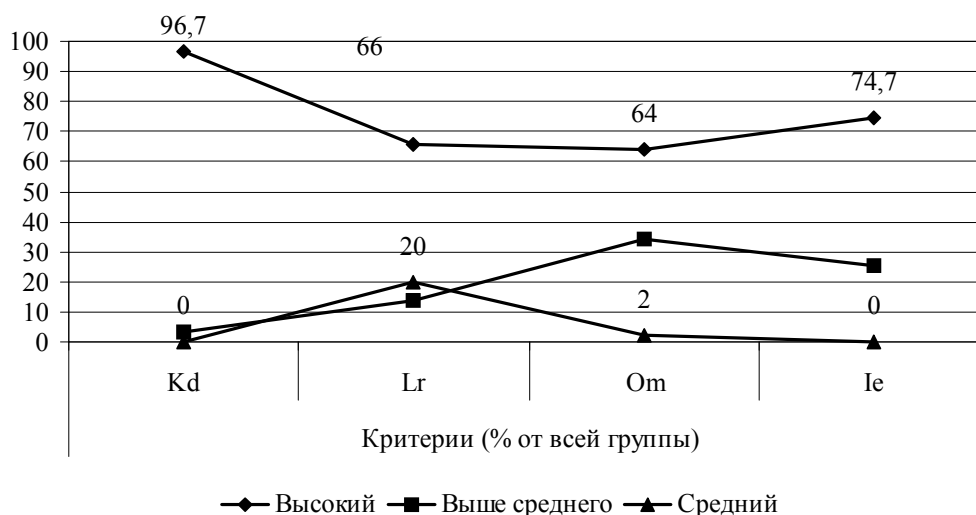


Рис. 6. Показатели уровней эффективности МТ в группе больных эпилепсией (n=150).

Выводы

Таким образом, анализ полученных результатов позволяет сделать следующие выводы:

1. Существующая организация стационарной помощи больным эпилепсией, впервые развившейся в зрелом возрасте, в целом соответствует существующим нормативным требованиям и в значительной степени международным стандартам.

2. Дальнейшее ее совершенствование, как и данной специализированной медицинской технологии в целом, возможно при соблюдении научно обоснованных требований:

- отработка четкой системы сбора анамнестических и клинических данных, начиная со звена оказания первой помощи (скорая помощь, участковый терапевт, семейный врач, врач приемного покоя);
- комплексный диагностический подход к оценке всех имеющихся у пациента соматических и неврологических расстройств;
- выявление наличия и оценке степени алкогольной или наркотической зависимости у больного;
- проведение инструментального обследования (ЭЭГ, КТ, МРТ) в соответствии с международными стандартами ведения больных эпилепсией;
- вынесение диагноза «эпилепсия» при наличии достаточного количества показаний для его обоснования, в заключительный диагноз;
- своевременное назначение и правильный последующий подбор дозы препаратов из груп-

пы антиконвульсантов;

- составление реабилитационных и профилактических рекомендаций для пациентов, направленных на коррекцию выявленных прямых и потенциальных эпилептогенных факторов;
- формирование реабилитационно-терапевтической мотивации у больных;
- адекватная реализация заключительных рекомендаций при последующем амбулаторно-поликлиническом наблюдении;
- повышение теоретической подготовки медицинского персонала, больных и населения по вопросам данного заболевания.

Литература

1. Аль Холайди Махфуд, Пашков А.А., Орехва О.И. Клинико-анамнестические аспекты дебюта эпилепсии в зрелом возрасте. // Материалы съезда неврологов и нейрохирургов Республики Беларусь. — Мн., 2002. — С. 73-75.
2. Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике. /Под редакцией Вейна А.М., Мослова С.Н./ — Санкт-Петербург, 1994. — 336 с.
3. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. (2-е изд., перераб. и доп.) — М.: Медицина, 1984. — 288 с.
4. Болдырев А.И., Погодаев К.И., Турова Н.В. и др. К этиологии и патогенезу генерализованных судорожных эпилептических припадков // Тр. 7-го Всесоюзного Съезда невропатологов и психиатров. — М., 1981. Т.3. — С. 135-137.
5. Болезни нервной системы: Руководство для врачей в 2-х т. — Т.2 /Под редакцией Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. — М.: Медицина, 2001. — 780 с.
6. Временные протоколы обследования и лечения больных терапевтического профиля» (Т. 1). — Витебск, 2001. — 580 с.
7. Гехт А.Б., Авакян Г.Н., Гусев Е.И. Современные

- стандарты диагностики и лечения эпилепсии в Европе.// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1999.– № 7. – С. 4-7.
8. Гехт А.Б., Гусев Е.И., Куркина И.В. и др. Эпилепсия – эпидемиология и социальные аспекты// Вестн. РАМН, 2001.– № 7. – С. 22–26.
9. Громов С.А. Реабилитация больных эпилепсией. – Л.: Медицина, 1987. – 176 с.
10. Зенков Л.Р. Клиническая эпилептология (с элементами нейрофизиологии). – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2002. – 416 с.
11. Карлов В.А. Эпилепсия. – М.: Медицина, 1990. – 336 с.
12. Сараджишвили П.М., Геладзе Т.Ш. Эпилепсия. – М.: Медицина, 1977. – 304 с.
13. Интегральная оценка эффективности медицинских технологий: Методические рекомендации.// Министерство здравоохранения Республики Беларусь; Витебский государственный медицинский университет. Сост.: Цыбин А.К., Глушанко В.С., Колосова Т.В. – Минск, 2000. – 25 с.
14. Epilepsy: questions and answers. /Eds J.W. Sander, Y. M. Hart.-London: Merit Publishing international, 1999. – 184p.
15. ILAE Commission Report. Commission of European Affairs: Appropriate stands of epilepsy Care across Europe // Epilepsia. – 1997. – Vol. 38.– № 11. – P. 1245–1250.

*Поступила 30.10.2003 г.
Принята в печать 26.12.2003 г.*
