

Диагностика и лечение эпилепсии у взрослых и детей на этапе ПМСП и стационарной помощи (краткая версия)	
Цель клинического руководства	Руководство предоставляет рекомендации, основанные на современных доказательствах и лучшей практике в тактике ведения эпилепсии. Внедрение этих рекомендаций будет способствовать обеспечению и дальнейшему повышению качества медицинской помощи пациентам, страдающим эпилепсией.
Список рабочей группы по адаптации клинического руководства	Жусупова А.С. – заместитель главного врача больницы Медицинского центра Управления делами президента Республики Казахстан. Шашкин Ч.С. – Директор по развитию Республиканского научного центра нейрохирургии.
Рецензенты клинического руководства	Куанова Л.Б. – Главный специалист по оказанию амбулаторной помощи Республиканского научного центра неотложной медицинской помощи. Бокебаев Т.Т. – Заведующий кафедрой неврологии, общей и медицинской психологии Медицинского университета Астана.
Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертного Совета МЗ РК (протокол № 21 от 14 декабря 2012г.).	
Дата пересмотра руководства	При появлении новых доказанных данных по ведению пациентов с подтверждённым диагнозом эпилепсии, но не реже чем 1 раз в 3 года.
Пользователи руководства	Неврологи, педиатры, семейные врачи, менеджеры здравоохранения.
Категория пациентов	Лица, страдающие эпилепсией, их семьи и/или опекуны.
Ключевые слова	Эпилепсия, взрослые, дети.
Уровень рекомендации	Доказательство
A	Рекомендация основана на доказательстве категории I.
B	Рекомендация основана на: - Доказательстве категории II; - Рекомендация экстраполирована из доказательства категории I.
C	Рекомендация основана на: - Доказательстве категории III; - Рекомендация экстраполирована из доказательств категории I или II.
D	Рекомендация основана на: - Доказательстве категории IV; - Рекомендация экстраполирована из доказательств категории I, II или III.
GPP	Рекомендация, основанная на положительном клиническом опыте группы разработчиков клинического руководства (Good practice point).
A (NICE)	Рекомендация, основанная на положительном опыте NICE.
Категория доказательств	Источник
I	Доказательство из: Мета-анализа рандомизированных контролируемых исследований, или,

	По меньшей мере, одного контролируемого исследования.
II	Доказательства из: - По меньшей мере, одного не рандомизированного контролируемого исследования, или - По меньшей мере, одного исследования другого квази-экспериментального типа.
III	Доказательство из не экспериментальных описательных исследований, таких как сравнительные, корреляционные исследования или исследования типа «случай-контроль».
IV	Доказательства из отчетов экспертного комитета или на основании мнений и/или клинического опыта экспертов.

Рекомендации

1. Руководство

1.1 Принцип принятия решений

1.1.1 Специалисты системы здравоохранения должны предоставлять необходимую информацию, которая позволяет людям, страдающим эпилепсией, их семьям и/или опекунам при необходимости принимать участие в качестве партнеров при принятии всех решений относительно своего здоровья, и в полной мере учитывать расовые, культурные и любые другие особенности и нужды.

D

1.2 Управление эпилепсией

1.2.1 Люди с эпилепсией, их семьи и/или опекуны должны быть способны управлять своим состоянием настолько хорошо, насколько это возможно.

GPP

1.2.2 Взрослые пациенты должны получать необходимую информацию и обучение обо всех аспектах эпилепсии. Наилучшим образом это может быть достигнуто и поддерживаться через структурированные планы по самоуправлению.

A

1.2.2 У детей самоуправление эпилепсией наилучшим образом может достигаться через активные учебные модели для детей.

1.3 Информация

1.3.1 Лица, страдающие эпилепсией, и члены их семей и/или опекуны должны получать и иметь доступ к источникам информации.

C

1.3.2 Время предоставления данной информации будет зависеть от уверенности в диагнозе и необходимости подтверждающих исследований.

GPP

1.3.3 Информация должна предоставляться в том формате, на том языке и тем способом, который подходит для данного пациента. Разъяснения должны даваться с учетом возраста, пола, культуры и уровня жизни человека.

GPP

1.3.4 Если отдельные лица и семьи и/или опекуны еще не получили высококачественную информацию от общественных организаций и из других источников, медицинские работники должны информировать их о различных источниках получения информации.

GPP

1.3.5 При консультировании должно быть выделено достаточно времени для предоставления информации, к которой следует возвращаться во время последующих приёмов.

GPP

1.3.6 Проверочные листы (чек-листы) должны использоваться для напоминания, как пациенту, так и медицинскому работнику, о том, что необходимо обсудить во время консультации.

GPP

1.3.7 Специалисты, осуществляющие лечение пациентов, страдающих

GPP

эпилепсией, должны быть способны предоставить необходимую информацию.	
1.3.8 Страдающие эпилепсией и члены их семей и/или опекуны соответственно должны знать, как связаться с конкретным человеком при возникновении необходимости в получении информации. Данный человек должен быть членом организации здравоохранения и нести ответственность за обеспечение информационных потребностей пациента и/или членов его семьи и/или опекунов во время встречи с ними.	GPP
1.3.9 Необходимо обсудить риск возникновения эпилептического припадка. Информацию по эпилепсии следует предоставить до возникновения припадков лицам с высоким риском развития судорог (например, после тяжелой травмы головного мозга), с умственной отсталостью, или лицам с семейной предрасположенностью к эпилепсии.	GPP
1.3.10 Лицам с эпилепсией следует предоставить соответствующую информацию до принятия ими важных решений (например, по поводу беременности или устройства на работу).	C
1.3.11 Информация о внезапной смерти при эпилепсии должна быть включена в литературу по эпилепсии для того, чтобы показать важность предупреждения судорожных припадков. Специальная информация по риску внезапной смерти должна быть обязательной частью при проведении консультирования лиц с эпилепсией и членов их семей и/или опекунов.	C
1.3.12 Риск внезапной смерти при эпилепсии можно свести к минимуму благодаря оптимизации контроля над приступами судорог, знанию о возможных последствиях ночных припадков.	GPP
1.3.13 Специально подобранная информация и обсуждение её между лицами с эпилепсией, членами их семей и/или опекунами с одной стороны и медицинскими работниками с другой, должны включать в себя информацию по небольшому, но определенному риску возникновения внезапной смерти от эпилепсии.	C
1.3.14 В случае возникновения внезапной смерти при эпилепсии медицинские работники должны связаться с семьями и/или опекунами, чтобы выразить соболезнование, пригласить их обсудить происшедшее, и предложить им направление на консультацию психолога по поводу тяжелой утраты, а также в группу поддержки.	C
1.4 Первый судорожный припадок	
1.4.1 Лица, обратившиеся в отделение скорой и неотложной помощи после предполагаемого припадка, должны, прежде всего, быть обследованы. Обследование может производиться терапевтом или педиатром с последующим направлением к специалисту соответствующего профиля, при подтверждении эпилептического характера судорог или в случае сомнений в диагнозе.	GPP
1.4.2 Специалист должен иметь протоколы, что обеспечивает надлежащую оценку и неотложную помощь при судорожном приступе (предполагаемом или подтвержденном).	D
1.4.3 Все лица с судорожным приступом, возникшем впервые, должны быть осмотрены специалистом по ведению эпилепсии максимально быстро с целью раннего установления точного диагноза и начала терапии в зависимости от ситуации.	A

1.4.3 Все дети с первым приступом нефибриллярных судорог должны быть осмотрены специалистом по эпилепсии так скоро, насколько это возможно для ранней и точной диагностики и начала терапии в соответствии с нуждами пациента.	
1.4.4 Для начальной оценки недавно начавшегося приступа судорог специалист должен иметь возможность провести соответствующие диагностические исследования.	GPP
1.4.5 В отдельных случаях при судорожных приступах должно быть проведено физикальное обследование, включающее в себя обследование сердечно-сосудистого, неврологического и психического статуса, а при необходимости – расширенную оценку.	C
1.4.6 Пациентам, предположительно перенесшим первый припадок, а также членам их семей/опекунам/родителям необходимо предоставить информацию о том, как распознать судорожный приступ, о первой помощи, и важности регистрации последующих приступов.	GPP
1.5 Диагноз	
1.5.1 Диагноз Эпилепсии у взрослых устанавливается врачом-специалистом, прошедшим обучение и подготовку по диагностике и лечению эпилепсии.	C
1.5.1 Диагноз Эпилепсии у детей должен устанавливаться детским специалистом, прошедшим обучение и подготовку по диагностике и лечению эпилепсии.	
1.5.2 Лицам, перенесшим судорожный припадок, и членам их семей и/или опекунам должна быть предоставлена возможность обсудить диагноз с соответствующим медицинским работником.	C
1.5.3 Необходимо подробно расспросить пострадавшего и свидетеля припадка, если это возможно, для того, чтобы установить, был ли это эпилептический припадок или нет.	C
1.5.4 Клиническое решение относительно характера эпилептического припадка должно быть основано на сочетании описания приступа и различных симптомов. Диагноз не должен основываться на наличии или отсутствии единичных признаков.	B
1.5.5 При невозможности точной постановки диагноза эпилепсии рекомендуются дальнейшие обследования и/или направление в специализированный центр. Последующие меры также следует тщательно планировать и регулировать.	GPP
1.5.6 При подозрении на неэпилептический характер судорог, необходимо направление в психологическую или психиатрическую службы для дальнейшего обследования и лечения.	GPP
1.5.7 В перспективе, для установления диагноза очень полезны записи амбулаторной карты, включая видео запись и другие письменные описания.	GPP
1.6 Исследования	
1.6.1 Информация должна быть предоставлена отдельным лицам и членам их семей, и/или опекунам в соответствии с объяснением поводов для проведения тестов, их результатов и значений, необходимости специальных исследований, и о технике их проведения.	D
1.6.2 Все исследования детей должны проводиться в условиях детского центра.	GPP
1.6.3 Лицам, нуждающимся в проведении ЭЭГ (Электроэнцефалограмма), необходимо провести обследование вскоре	GPP

после того, как оно было назначено.	
1.6.4 ЭЭГ должно проводиться только для помощи в постановке диагноза эпилепсии у тех взрослых, у которых по клиническим данным припадок предположительно эпилептической природы. 1.6.4 ЭЭГ должно проводиться только для содействия постановке диагноза эпилепсии у детей. При необходимости проведения ЭЭГ, его следует провести после второго эпилептического приступа, но при определенных обстоятельствах можно произвести ЭЭГ после первого эпилептического припадка по назначению специалиста.	C
1.6.5 ЭЭГ не должна проводиться в случае вероятного синкопального состояния из-за возможности ложно-положительного результата.	C
1.6.6 ЭЭГ не должна использоваться для исключения диагноза эпилепсии у лиц, у которых клинические проявления указывают на неэпилептический характер приступа.	C
1.6.7 ЭЭГ не должна использоваться изолированно от постановки диагноза эпилепсии.	C
1.6.8 ЭЭГ может применяться для помощи в определении типа припадка и эпилептического синдром у лиц с подозрением на эпилепсию. Это позволит выставить правильный прогноз.	C
1.6.9 У лиц с первым неспровоцированным судорожным припадком, эпилептиформная активность на ЭЭГ однозначно может быть использована для оценки риска повторного припадка.	B
1.6.10 Обследование специалиста должно быть доступно при подозрении на эпилепсию и трудностях диагностики.	GPP
1.6.11 Повторная стандартная ЭЭГ может быть полезна, если диагноз эпилепсии не выставлен. Однако при установленном диагнозе повторные ЭЭГ скорее всего не эффективны.	C
1.6.12 Повторной стандартной ЭЭГ не должно отдаваться предпочтение перед ЭЭГ во время сна или ЭЭГ при депривации сна.	C
1.6.13 Если стандартная ЭЭГ не помогает установить диагноз или тип судорог по классификации, следует назначить ЭЭГ во время сна.	C
1.6.14 У детей ЭЭГ сна лучше всего достигается через лишение сна или применение мелатонина.	GPP
1.6.15 Долгосрочная видео или амбулаторная ЭЭГ может применяться для оценки в случаях диагностических трудностей после клинической оценки и стандартной ЭЭГ.	C
1.6.16 Провокационные пробы могут использоваться по назначению при определении неэпилептических припадков. Тем не менее, они играют ограниченную роль и могут вести к ложно-положительным результатам у некоторых лиц.	C
1.6.17 Фотостимуляция и гипервентиляция должны оставаться частью стандартного ЭЭГ исследования. Пациента и его семью и/или опекуна следует предупредить, что подобные стимулирующие процедуры могут вызвать припадок и они имеют право отказаться от исследования.	GPP
1.6.18 Сканирование мозга должно применяться для определения структурных аномалий, которые вызывают определенные виды эпилепсии.	C
1.6.19 МРТ (Магниторезонансная томография) должна быть исследованием выбора для пациентов с эпилепсией.	C
1.6.20 Проведение МРТ особенно важно в следующих случаях: развитие эпилепсии в возрасте до 2 лет или в зрелом возрасте, предположение о	C

фокальном характере эпилепсии в анамнезе, при осмотре или на ЭЭГ (кроме ясных случаев доброкачественной фокальной эпилепсии), припадки продолжаются, несмотря на назначение препаратов первой линии.	
1.6.21 Лицам, нуждающимся в МРТ, исследование необходимо провести в самом скором времени.	GPP
1.6.22 Сканирование головного мозга обычно не требуется, если выставлен диагноз «Идиопатическая генерализованная эпилепсия».	C
1.6.23 КТ (Компьютерная томография) следует применять для выявления объемных образований мозга при недоступности МРТ исследования, или если есть противопоказания к проведению МРТ. А также у детей, которым для проведения МРТ необходим общий наркоз или седация, а для КТ этого не требуется.	C
1.6.24 В острой ситуации, КТ может применяться для проведения дифференциальной диагностики этиологического фактора, вызван ли припадок острым неврологическим поражением головного мозга или заболеванием.	GPP
1.6.25 Измерение сывороточного пролактина не рекомендуется для диагностики эпилепсии.	C
1.6.26 У взрослых необходимо проводить соответствующие анализы крови (например, электролиты в плазме крови, сахар, кальций) для выявления возможных причин и/или для выявления любых значимых сопутствующих заболеваний. 1.6.26 У детей другие исследования, включая биохимию крови и мочи, должны проводиться по усмотрению специалиста для исключения других заболеваний, и для определения причины, лежащей в основе эпилепсии.	GPP
1.6.27 При подозрении на эпилепсию у взрослых следует назначить ЭКГ в 12 отведениях. 1.6.27 У детей ЭКГ в 12 отведениях следует проводить в случае неопределенности диагноза.	GPP
1.6.28 В случае диагностической неопределенности, можно рекомендовать направление к кардиологу.	GPP
1.6.29 Нейропсихологическое исследование должно проводиться в тех случаях, когда важно оценить степень умственной отсталости и когнитивные дисфункции, особенно в отношении языка и памяти.	D
1.6.30 Направление на нейропсихологическое обследование показано: при наличии профессиональных трудностей и трудностей с обучением, при выявлении на МРТ нарушений важных когнитивных функций головного мозга, при жалобах на память и/или другие когнитивные нарушения.	D
1.7. Классификация	
1.7.1 Эпилептические припадки и эпилептические синдромы классифицируются с использованием многоосевой диагностической схемы. Учитываются следующие оси: описание припадка, тип припадка, синдром и этиология.	D
1.7.2 Тип(-ы) припадков и эпилептический синдром, этиология и сопутствующие заболевания должны быть четко классифицированы, так как неправильная классификация эпилептического синдрома может привести к неадекватному лечению и сохранению судорог.	C
1.7.3 Лицам, страдающим эпилепсией, следует предоставить	GPP

информацию о типе судорожных припадков и эпилептического синдрома, и вероятный прогноз.	
1.8 Ведение пациентов с эпилепсией	
1.8.1 Люди, страдающие эпилепсией, должны иметь доступ к услугам специалистов.	GPP
1.8.2 У всех лиц с эпилепсией должен быть комплексный план ведения больного, согласованный с самим пациентом, его семьей и/или, при необходимости, его опекунами, и поставщиками медицинской помощи. План должен охватывать вопросы образа жизни и медицинские вопросы.	GPP
1.8.3 Медицинские сестры должны быть неотъемлемой частью сети ухода за людьми с эпилепсией. Ключевые аспекты деятельности медицинских сестёр: это поддержка специалистов по эпилепсии и врачей общего профиля, обеспечение доступа к сообществу и посредничество с разными службами, обеспечение информацией, обучение и поддержка людей с эпилепсией, членов их семей, опекунов и, если это дети, других лиц, участвующих в образовании ребенка, поддержании его благополучия.	D
1.8.4 Специалисты системы здравоохранения несут ответственность по обучению людей эпилепсии для уменьшения связанной с этим заболеванием стигмы. Они должны предоставлять информацию об эпилепсии всем тем, кто вступает в контакт с людьми, страдающими эпилепсией, включая сотрудников школ, социальных работников и других.	GPP
1.8.5 Предоставляемая информация о противоэпилептических препаратах (ПЭП) должна быть в контексте информации, предоставляемой производителем, например: показания, побочные эффекты и статус лицензии.	GPP
1.8.6 Стратегия ПЭП-лечения должна быть индивидуальной в зависимости от типа судорог, эпилептического синдрома, других применяемых препаратов и сопутствующих заболеваний, стиля жизни и предпочтений человека и членов его семьи и/или опекунов соответственно.	A
1.8.7 Диагноз эпилепсии следует оценивать критически, если судорожные припадки продолжаются, несмотря на оптимальные дозы ПЭП первой линии.	GPP
1.8.8 Изменение формулы или торговой марки ПЭП не рекомендуется, так как разные препараты могут различаться по биодоступности или иметь отличающийся фармакокинетический профиль, и, таким образом, это может привести к снижению эффекта или побочным действиям.	D
1.8.9 Рекомендуется лечение по возможности одним противоэпилептическим препаратом (монотерапия). В случае отсутствия эффекта от лечения, можно попробовать монотерапию другим препаратом. В период смены препарата требуется соблюдение мер предосторожности.	A
1.8.10 При возникновении побочных эффектов или при продолжении судорожных припадков, следует назначить второй препарат (альтернативный препарат из первой линии или препарат из второй линии) и увеличивать его дозу до достижения адекватной или максимально переносимой дозы и потом медленно снижать дозу первого препарата.	GPP
1.8.11 Если второй препарат не помогает, перед началом приема другого	GPP

препарата, либо первый, либо второй препарат можно постепенно отменить в зависимости от относительной эффективности, побочных эффектов и переносимости.	
1.8.12 Комбинированную терапию (дополнительная или «добавленная» терапия) следует назначать, если приступы не снимаются монотерапией ПЭП. Если попытки применения комбинированной терапии не дают результатов, следует вернуться к режиму (монотерапии или комбинированной терапии), который оказался наиболее приемлемым для пациента с позиции обеспечения наилучшего баланса между эффективностью в снижении частоты судорожных припадков и переносимости побочных эффектов.	A
1.8.13 Новые ПЭП габапентин, ламотриджин, леветирацетам, окскарбазепин, тиагабин, топирамат и вигабатрин, по своим показаниям рекомендуются для ведения пациентов с эпилепсией, в случае отсутствия эффекта от терапии такими старыми противосудорожными препаратами, как карбамазепин или вальпроат натрия, или для тех, которым не подходят старые препараты по следующим причинам: есть противопоказания к ним, возможность взаимодействия с другими препаратами, которые принимает пациент (например, оральные контрацептивы), плохая переносимость препарата данным пациентом, женщина находится в репродуктивном возрасте. 1.8.13 Новые ПЭП габапентин, ламотриджин, окскарбазепин, тиагабин, топирамат и вигабатрин (как дополнительная терапия при парциальных судорогах), по своим показаниям рекомендуются для ведения детей, которым не помогло лечение старыми противосудорожными препаратами, такими, как карбамазепин или вальпроат натрия, или детям, которым не подходят старые противоэпилептические препараты по следующим причинам: есть противопоказания, возможность взаимодействия с другими препаратами, которые принимает ребенок (например, оральные контрацептивы), плохая переносимость ребенком старого ПЭП, ребенок в настоящее время находится в репродуктивном возрасте или, возможно, нуждается в лечении во время беременности.	A
1.8.14 Вигабатрин рекомендуется, как препарат первой линии для лечения судорог у младенцев.	A
1.8.15 Противосудорожная терапия должна быть начата только после подтверждения диагноза эпилепсии, кроме исключительных обстоятельств, которые требуют коллегиального решения и обсуждения данного вопроса между лицом, прописывающим лекарство, специалистом, пациентом и его семьей и/или опекуном соответственно.	GPP
1.8.16 Терапия ПЭП должна начинаться у взрослых на основании рекомендации специалиста. 1.8.16 Терапия ПЭП у детей должна быть начата специалистом.	GPP
1.8.17 Решение о начале противосудорожной терапии должно приниматься совместно пациентом, его семьей и/или опекунами (соответственно) и специалистом после всестороннего обсуждения рисков и преимуществ лечения. Обсуждение должно включать в себя все детали эпилептического синдрома у данного пациента, прогноз и образ жизни.	GPP
1.8.18 Терапия ПЭП, как правило, рекомендуется после второго эпилептического припадка.	A
1.8.19 ПЭП терапию следует рассмотреть и обсудить с пациентом и его семьей и/или опекунами соответственно после первого	B

неспровоцированного судорожного приступа в следующих случаях: при наличии неврологического дефицита, на ЭЭГ явная судорожная активность, пациент и/или его семья и/или опекуны считают риск последующего приступа судорог неприемлемым, при сканировании головного мозга выявлены структурные аномалии.	
1.8.20 Некоторые люди (из-за членов своей семьи и/или опекунов, в некоторых случаях) после всестороннего обсуждения рисков и выгод могут не согласиться на ПЭП терапию.	GPP
1.8.21 Продолжительность ПЭП терапии должна быть запланирована специалистом. Она должна быть частью индивидуального согласованного плана лечения, который должен включать в себя детали того, как был сделан выбор в пользу данного препарата, доза препарата, возможные побочные эффекты и действия, которые следует предпринять при сохранении судорог.	GPP
1.8.22 При назначении препаратов должны учитываться потребности пациента и его семьи и/или опекунов соответственно.	GPP
1.8.23 При установленном диагнозе продолжительная ПЭП терапия может быть назначена при первичном приеме, если позволяют обстоятельства и/или лицензия.	GPP
1.8.24 При назначении препарата врач должен убедиться, что пациент и его семья и/или опекуны соответственно полностью информированы о лечении, включая действия при пропуске приёма препарата или после желудочно-кишечных расстройств.	GPP
1.8.25 Приверженность к лечению можно оптимизировать благодаря следующему: обучение лиц с эпилепсией и членов их семей и/или опекунов пониманию своего состояния и обоснованности лечения, снижение стигмы в связи со своим состоянием, применение простого лекарственного режима, позитивные отношения между медицинскими работниками, пациентом и его семьей и/или опекунами.	D
1.8.26 Регулярное мониторирование анализа крови у взрослых, как правило, не рекомендуется, и должно производиться только по клиническим показаниям.	C
1.8.26 Регулярное мониторирование анализа крови у детей, как правило, не рекомендуется, и должно производиться только при клинических показаниях и назначаться специалистом.	GPP
1.8.27 Показания для мониторинга уровня ПЭП в крови: несоблюдение приема лекарств, предполагаемая токсичность, подбор дозы фенитоина, управление фармакокинетическими взаимодействиями, особые клинические условия, например, эпилептический статус, органная недостаточность и беременность.	D
1.8.28 Анализы крови: перед операцией необходимо провести – исследование свертываемости при приеме вальпроата, общий анализ крови, электролиты, уровни печеночных ферментов и витамина Д, и другие анализы на уровень костного метаболизма (например, сывороточный кальций и щелочная фосфатаза) каждый 2-5 лет для взрослых, принимающих препараты, действующие на ферменты.	GPP
1.8.29 Бессимптомные незначительные отклонения в результатах анализов не являются показанием для изменений в лечении.	GPP
1.8.30 Решение о продолжении или прекращении приема медикаментов должно приниматься пациентом, его семьей и/или опекунами в случае необходимости, и специалистом после всестороннего обсуждения	A

рисков и пользы от прекращения лечения. В конце обсуждения пациент, при необходимости его семья и/или опекуны должны понимать риск возобновления судорожных припадков при отказе от медикаментов. При обсуждении необходимо принимать во внимание особенности эпилептического синдрома у данного пациента, прогноз и образ жизни.	
1.8.31 Отмена ПЭП должен проводиться специалистом и под контролем специалиста.	GPP
1.8.32 Польза и риски продолжения или отмены ПЭП терапии должны обсуждаться с пациентами, при необходимости, с их родными и/или опекунами, в случае, если в течение минимум 2 лет не было судорожных припадков.	A
1.8.33 При отмене противосудорожной терапии у лиц, судорожные припадки у которых прекратились, необходим постепенный отход от приёма препаратов (по меньшей мере в течение 2-3 мес.) и снижение дозы. Отмена препаратов должна производиться по одному.	D
1.8.34 Особое внимание следует уделить процессу отмены бензодиазепинов и барбитуратов, что может занять до 6 месяцев и дольше. Это связано с возможностью развития симптомов отмены и/или возможностью рецидива судорог.	GPP
1.8.35 Необходимо предвидеть и негативные последствия отмены ПЭП. В случае рецидива судорог, отменяется последнее снижение дозы и требуется консультация специалиста.	GPP
1.8.36 Все лица с эпилепсией при необходимости должны иметь через своих специалистов доступ к более квалифицированной помощи.	GPP
1.8.37 Информация об основаниях для проведения хирургического вмешательства должна быть предоставлена пациентам и, при необходимости, их семьям, и/или опекунам. Пользу и риски, связанные с оперативным вмешательством необходимо подробно разъяснить до получения от пациента информированного согласия.	C
1.8.38 Если припадки не контролируются и/или есть неуверенность в диагнозе или неэффективности в лечении, пациентов необходимо направить в учреждения более высокого уровня для дальнейшего обследования. Необходимо будет рассмотреть вопрос о направлении пациента к другим специалистам при наличии следующих критериев: эпилепсия не контролируется лекарствами в течение 2 лет, неэффективность управления эпилепсией после назначения двух препаратов, дети в возрасте до 2 лет, непереносимость побочных эффектов или риск индивидуальной непереносимости лекарств, наличие одностороннего структурного поражения, при сопутствующих психологических нарушениях и/или психиатрических заболеваниях, сомнения в диагностике природы припадков и/или судорожного синдрома.	GPP
1.8.39 Постановка диагноза и лечение эпилепсии в течение первых лет жизни ребенка может быть крайне сложной задачей. Необходимо раннее направление детей с подозрением на эпилепсию в специализированные центры из-за возможности развития глубоких поведенческих, психологических проблем и нарушения развития, связанных с продолжающимися судорожными припадками.	D
1.8.40 При выявлении расстройств поведения, задержки в развитии или при невозможности определения эпилептического синдрома необходимо немедленно направить пациента в специализированное учреждение.	GPP

1.8.41 Лиц с такими специфическими синдромами, как синдром Стерджа-Вебера, полушарный синдром, энцефалит Расмуссена и гипоталамическая гамартома, следует направить в специализированную эпилептическую службу.	GPP
1.8.42 Наличие сопутствующих психиатрических заболеваний и/или отрицательные базовые исследования не являются противопоказанием к направлению в вышестоящий специализированный центр.	GPP
1.8.43 Высокоспециализированная служба должна включать в себя мультидисциплинарную группу, с опытом работы по оценке сложных случаев эпилепсии, и иметь соответствующие возможности по проведению исследований и лечения (как медикаментозного, так и хирургического).	GPP
1.8.44 В мультидисциплинарную группу, занимающуюся лечением сложных видов эпилепсии, должны входить психолог, психиатр, социальные работники, терапевт, консультанты, нейрорадиологи, специально обученные медицинские сестры, нейрофизиологи, неврологи, нейрохирурги и нейроанестезиологи. Члены группы должны иметь возможность проводить МРТ и видеотелеметрию.	GPP
1.8.45 Нейрохирург мультидисциплинарной команды должен обладать опытом, либо пройти подготовку по хирургическому лечению эпилепсии и иметь доступ к отделению по записи инвазивной ЭЭГ.	GPP
1.8.46 Психологические вмешательства (релаксация, когнитивно-поведенческая терапия, биологическая обратная связь) могут применяться в комплексе с ПЭП-терапией у взрослых в случае, если сам человек или специалист считают, что оптимальная ПЭП-терапия не будет адекватно контролировать частоту приступов. Данный подход может ассоциироваться с улучшением качества жизни у некоторых лиц. 1.8.46 Психологические вмешательства (релаксация, когнитивно-поведенческая терапия) может применяться у детей при резистентной к лекарствам фокальной эпилепсии.	A
1.8.47 Психологические вмешательства могут применяться в качестве дополнительного лечения. Их влияние на частоту судорожных припадков не доказано и они не являются альтернативой медикаментозному лечению.	A
1.8.48 Кетогенная диета не должна рекомендоваться взрослым пациентами с эпилепсией. 1.8.48 Кетогенную диету можно рекомендовать в качестве дополнительного лечения у детей с резистентной к лекарствам эпилепсией.	C
1.8.49 Стимуляция блуждающего нерва (СБН) показана к применению в качестве дополнительной терапии для снижения частоты приступов у взрослых с рефрактерностью к противоэпилептическим препаратам, которым не может проводиться хирургическое лечение, включая взрослых с эпилепсией при преобладании парциальных судорожных припадков (с или без вторичной генерализации) или с генерализованными приступами. 1.8.49 Стимуляция блуждающего нерва показана к применению в качестве дополнительной терапии для снижения частоты припадков у детей, рефрактерных к противоэпилептическим препаратам, которым не может проводиться хирургическое лечение эпилепсии. СБН показана детям с преобладанием парциальных судорожных припадков (с или без вторичной генерализации) или с генерализованными приступами.	A

1.9 Пролонгированные или повторяющиеся судороги в общественном месте	
1.9.1 При пролонгированных судорожных припадках (длительностью 5 минут и более) или при серийных припадках (три и более припадков в час) необходимы срочная помощь и лечение.	A
1.9.2 Диазепам ректально является безопасным и эффективным препаратом первой линии для купирования пролонгированных припадков и рекомендуется в большинстве случаев.	A
1.9.3 Во многих ситуациях и для многих людей более приемлемым и удобным в применении, чем ректальный диазепам, является буккальный мидазолам. Он должен применяться специалистом, прошедшим обучение и согласно утвержденному протоколу.	GPP
1.9.4 Лечение должно осуществляться квалифицированным клиническим персоналом или, если это предусмотрено, индивидуально согласованным со специалистом протоколом, членами его семьи или опекунами с соответствующей подготовкой.	GPP
1.9.5 Должны быть предприняты меры для обеспечения проходимости дыхательных путей человека и оценки его/ее дыхательной и сердечной функций.	GPP
1.9.6 В зависимости от реакции и индивидуальной ситуации следует связаться с экстренными службами, в частности, если: припадки переходят в эпилептический статус, есть высокий риск рецидива, если это первый эпизод, есть трудности в мониторинговании состояния человека.	GPP
1.10 Лечение эпилептического статуса	
1.10.1 В больнице людям с генерализованным тонико-клоническим эпилептическим статусом должна оказываться неотложная помощь: обеспечить проходимость дыхательных путей, дать кислород, оценить дыхательную и сердечную функцию, безопасный доступ (в/в) в крупную вену.	GPP
1.10.2 В качестве препарата первой линии при эпилептическом статусе должен применяться Лоразепам.	D
1.10.3 Для купирования рефрактерного эпилептического статуса у взрослых должен применяться Пропофол или Тиопентал. Так же требуются соответствующее мониторирование, включая определение уровня в крови тиопентала, и поддержка жизненно важных систем. 1.10.3 Для купирования рефрактерного эпилептического статуса у детей следует применять Мидазолам или Тиопентал. Так же требуются соответствующее мониторирование, включая определение уровня в крови тиопентала, и поддержка жизненно важных систем.	C
1.10.4 Необходимо выявить причины возникновения эпилептического статуса и продолжить лечение с назначением адекватных доз лекарственных препаратов.	GPP
1.10.5 Дальнейшее лечение будет исходить из опыта и компетенции анестезиолога-реаниматолога.	GPP
1.10.6 В случае необходимости использования полного протокола или проведения интенсивной терапии можно проконсультироваться в специализированном эпилептическом центре.	GPP
1.10.7 Индивидуальный план лечения необходимо расписать для людей с рекуррентным судорожным эпилептическим статусом.	GPP
1.10.8 Бессудорожный эпилептический статус встречается редко и его лечение менее срочное.	GPP

1.11 Эпилепсия у женщин	
1.11.1 Для обеспечения возможности принятия обоснованных решений и выбора, а также уменьшения числа негативных последствий, женщинам с эпилепсией и, при необходимости, их партнерам, следует предоставить точную информацию и проконсультировать по вопросам контрацепции, зачатия, беременности, ухода за ребенком, грудного вскармливания и менопаузе.	C
1.11.2 Информацию о контрацепции, зачатии, беременности или менопаузе следует предоставлять девушкам и женщинам до наступления сексуальной активности, беременности или менопаузы. Информация должна быть адаптирована к индивидуальным потребностям женщин. Данную информацию следует так же предоставить людям, которые находятся в близких отношениях с девушками или женщинами с эпилепсией. Это могут быть члены семьи женщины и/или опекуны.	C
1.11.3 Все медицинские специалисты, которые лечат, ухаживают за женщинами с эпилепсией, или поддерживают таких женщин должны хорошо владеть соответствующей информацией и быть в состоянии предоставить необходимую информацию.	GPP
1.11.4 У женщин репродуктивного возраста риск при приеме препаратов, наносящих вред плоду, должен обсуждаться, должно оцениваться соотношение риска и пользы от лечения каждым препаратом. В настоящее время мало данных, на которые можно опираться для определения рисков, связанных с приемом новых препаратов, для не родившегося ребенка. Предупреждения о риске причинения вреда не рожденному ребенку есть для препарата Вальпроат Натрия. 1.11.4 У девочек детородного возраста, включая юных девочек, которые, скорее всего, будут нуждаться в лечении при достижении ими детородного возраста, риск от лекарств, наносящих вред не рожденным детям должен обсуждаться с самой девочкой и/или ее опекунами оцениваться соотношение риска/пользы лечения каждым препаратом. В настоящее время мало данных, на которые можно опираться для определения рисков, связанных с приемом новых препаратов, для не родившегося ребенка. Предупреждения о риске причинения вреда не рожденному ребенку есть для препарата Вальпроат Натрия.	A (NICE)
1.11.5 Специалисты, выписывающие препараты, должны знать о последних данных по внутриутробному риску, связанному с ПЭП-терапией, при назначении препаратов женщинам и девушкам репродуктивного возраста.	GPP
1.11.6 Всем женщинам, получающим противоэпилептическую терапию, следует предложить принимать фолиевую кислоту в дозе 5 мг в день до наступления беременности.	D
1.11.7 С женщинами детородного возраста должна обсуждаться возможность взаимодействия ПЭП-препаратов с оральными контрацептивами и проводиться оценка риска/пользы лечения конкретным препаратом. 1.11.7 С девушками детородного возраста, включая юных девочек, которые предположительно будут получать лечение во время своего детородного возраста, и/или с их опекунами, должна обсуждаться возможность взаимодействия ПЭП-препаратов с оральными контрацептивами и проводиться оценка риска/пользы лечения конкретным препаратом.	A (NICE)
1.11.8 У женщин детородного возраста следует обсудить риски и пользу	GPP

при применении различных методов контрацепции, включая гормон-высвобождающие внутриматочные спирали.	
1.11.9 Если женщина, принимающая энзим-индуцирующие ПЭП, решает применять комбинированные оральные контрацептивы, рекомендуемая минимальная начальная доза эстрогена составляет 50 мкг. При возникновении прорывных кровотечений, доза эстрогена должна быть увеличена до 75-100 мкг в день, и рекомендуется «трициклическое» применение (прием трех упаковок комбинированного орального контрацептива без перерывов между ними).	D
1.11.10 Чисто-прогестиновые таблетки не рекомендуются женщинам, принимающим энзим-индуцирующие ПЭП в качестве надежной контрацепции.	D
1.11.11 Женщины, принимающие энзим-индуцирующие ПЭП, и выбирающие контрацепцию депо-инъекциями, должны быть информированы, что им рекомендуются более короткие интервалы между инъекциями (каждые 10 недель вместо 12 недель).	D
1.11.12 Женщинам, получающим энзим-индуцирующие ПЭП, не рекомендуется контрацепция имплантами прогестерона.	D
1.11.3 С женщинами, принимающими энзим-индуцирующие ПЭП и применяющими оральную контрацепцию или инъекции депо-прогестерона, должен обсуждаться вопрос о дополнительном использовании барьерных методов контрацепции.	GPP
1.11.14 При необходимости экстренной контрацепции доза левоноргестрела для женщин, принимающих энзим-индуцирующие ПЭП, должна быть увеличена до 1,5 мг и 750 мкг через 12 часов.	D
1.11.15 Женщины с эпилепсией нуждаются в точной информации во время беременности. Со всеми женщинами, планирующими прекратить ПЭП терапию, должна обсуждаться возможность возникновения эпилептического статуса и внезапной смерти у больных эпилепсией.	C
1.11.16 Всех беременных женщин с эпилепсией следует поощрять сообщать о своей беременности самим или позволять своему врачу сообщить о беременности в организацию акушерско-гинекологической службы.	GPP
1.11.17 У всех женщин с эпилепсией следует добиваться отсутствия припадков во время беременности.	GPP
1.11.18 Врач должен обсуждать с женщиной относительные риски и пользу от дополнительных препаратов, чтобы дать ей возможность принять осознанное решение. В случае необходимости следует проконсультироваться с гинекологом.	GPP
1.11.19 Женщины с генерализованными тонико-клоническими припадками должны быть проинформированы, что во время припадка увеличивается риск повреждения плода, в то же время абсолютный риск остается очень низким, и уровень риска может зависеть от частоты припадков.	D
1.11.20 Женщины должны быть уверены, что нет никаких доказательств того, что простые парциальные, сложные парциальные припадки, абсансы и миоклонические припадки отрицательно влияют на беременность или развивающийся плод, кроме случаев, когда они падают и получают травмы.	D
1.11.21 Женщины должны быть уверены, что увеличение частоты приступов в целом не характерно для беременности и первых месяцев	B

после родов.	
1.11.22 Как правило, женщины могут быть уверены, что риск тонико-клонических судорог во время родов и в течение 24 часов после родов достаточно низкий.	C
1.11.23 Стандартный мониторинг уровня ПЭП во время беременности не рекомендуется. При усилении припадков, или вероятности их усиления мониторинг уровня ПЭП может быть полезен для планирования или предсказания степени изменения дозы при необходимости ее коррекции.	D
1.11.24 Женщины с эпилепсией должны быть проинформированы, что, хотя они, по всей вероятности, будут иметь здоровую беременность, риск осложнений во время беременности и родов у них выше, чем у женщин без эпилепсии.	B
1.11.25 Во время беременности женщина должна наблюдаться акушером и специалистом по эпилепсии.	GPP
1.11.26 Беременным женщинам, получающим ПЭП-терапию, должно быть предложено ультразвуковое сканирование с высоким разрешением для выявления структурных аномалий. УЗИ должно проводиться в сроке гестации 18-20 недель соответствующе обученным врачом УЗИ, но более раннее сканирование может позволить выявить большинство аномалий на более ранних сроках.	GPP
1.11.27 Риск припадков во время родов низкий, но он является достаточным основанием для того, чтобы рекомендовать роды в акушерском блоке с возможностью проведения реанимационных мероприятий для матери и новорожденного и лечения припадков у матери.	GPP
1.11.28 Всем детям, родившимся от матерей, получающих ПЭП с индукцией ферментов, парентерально должен назначаться витамин К в дозе 1 мг.	C
1.11.29 Следует рассмотреть возможность проведения генетического консультирования в случае, если один из партнеров страдает эпилепсией, особенно идиопатической эпилепсией, и данное заболевание есть в семейном анамнезе.	D
1.11.30 Несмотря на увеличение риска возникновения припадков у детей, родившихся от родителей, страдающих эпилепсией, лицам с эпилепсией следует предоставить информацию, что возможность того, что их ребенок будет болен эпилепсией, как правило, низкая. Однако, это будет зависеть от семейного анамнеза.	GPP
1.11.31 В акушерских отделениях, где рождают женщины с эпилепсией, должно проводиться дальнейшее улучшение планирования, включая разработку местных протоколов лечения.	GPP
1.11.32 Объединение эпилептической и акушерской клиник может быть удобным для матерей и медицинских работников, но достаточных доказательств, чтобы рекомендовать подобное объединение, нет.	GPP
1.11.33 Тем не менее важно, чтобы была преемственность планирования родов, и связь между специалистом по эпилепсии и акушер-гинекологом или акушеркой.	GPP
1.11.34 У всех женщин с эпилепсией следует поощрять грудное вскармливание, за исключением очень редких случаев. Грудное вскармливание для большинства женщин, принимающих ПЭП, как правило, безопасно и должно поощряться. Тем не менее, каждая мать нуждается в поддержке в выборе метода вскармливания, наиболее	GPP

подходящего для нее и ее семьи.	
1.11.35 При назначении ПЭП кормящим женщинам, решение о продолжении ПЭП-терапии должно приниматься самой женщиной и врачом, и основываться на рисках и выгодах грудного вскармливания в сравнении с возможным риском влияния лекарства на ребенка.	GPP
1.11.36 Родители новорожденных детей и детей раннего возраста должны быть проинформированы, что соблюдение нескольких очень простых мер безопасности может значительно уменьшить риск несчастных случаев и уменьшить беспокойство. Приближение родов может быть идеальной возможностью для повторения и изучения самых лучших и наиболее полезных мер для обеспечения максимальной безопасности для матери и младенца.	GPP
1.11.37 Всем родителям должна быть предоставлена информация о мерах предосторожности при уходе за ребенком.	C
1.11.38 Родители должны быть уверены, что риск травмы для ребенка, вызванный припадком у матери, является низким.	C
1.12 Люди с ограниченными возможностями обучения	
1.12.1 Люди с ограниченными возможностями обучения должны получать такую же поддержку и лечение эпилепсии, как и остальное население. Кроме того, такие люди нуждаются в помощи команды по трудностям в обучении.	GPP
1.12.2 Нарушения обучаемости часто ассоциируются с эпилепсией. Лечение и ведение больных эпилепсией должно проводиться специалистом, работающим в мультидисциплинарной группе.	C
1.12.3 Диагностика эпилепсии у людей с нарушением способности к обучению может быть затруднена, и особое внимание должно уделяться получению полной истории болезни. Ошибка может возникнуть в определении стереотипного или другого вида поведения и судорожной активностью.	C
1.12.4 Важно иметь сведения от очевидцев, по возможности, дополненные, подтверждающими их слова доказательствами (например, видео отчет).	D
1.12.5 Важное значение имеет объективность сведений. Свидетелям, возможно, потребуется обучение для точного описания своих наблюдений.	GPP
1.12.6 Лицам с трудностями в обучении может потребоваться особый уход и внимание, чтобы они смогли перенести обследование.	GPP
1.12.7 При обследовании должна быть возможность проведения, в случае необходимости, анестезии.	D
1.12.8 Детям с эпилепсией и нарушением способности к обучению следует провести исследования, направленные на выявление основной причины заболевания.	GPP
1.12.9 При составлении плана ведения пациента с нарушением способности к обучению и эпилепсией особое внимание должно уделяться возможности возникновения побочных эффектов ПЭП на когнитивные функции и поведение.	D
1.12.10 Рекомендации по выбору лечения и важности регулярного контроля эффективности и переносимости для лиц с нарушением способности к обучению такие же, как и для остальных пациентов.	A (NICE)
1.12.11 Каждый шаг в лечении должен разъясняться лицам с эпилепсией независимо от того, есть или нет нарушения способности к обучению.	B

1.12.12 Медицинские работники должны быть осведомлены о более высоком риске смерти для людей с умственной отсталостью и эпилепсией и обсудить это с ними, их семьями и/или опекунами.	GPP
1.12.13 У всех людей с эпилепсией и умственной отсталостью следует оценить степень риска, в том числе: купание и принятие душа, приготовление пищи, использование электрооборудования, приступ эпилепсии в общественном месте, способность к самостоятельной жизни, когда права человека находятся в балансе с ролью опекуна.	C
1.13 Молодые люди с эпилепсией	
1.13.1 Медицинские работники должны всегда учитывать физические, психологические и социальные потребности молодых людей с эпилепсией. Следует обращать внимание на их отношения с друзьями, в семье и школе.	C
1.13.2 Специалисты здравоохранения должны вовлекать пациента в процесс принятия решений, что позволит молодому человеку с эпилепсией участвовать в процессе лечения в качестве партнера.	GPP
1.13.3 Принятие решения о лечении и образе жизни должно опираться как на знания медицинского работника, так и на опыт, убеждения и желания молодого человека с эпилепсией, а также его семьи и/или опекунов.	GPP
1.13.4 Врач должен нести ответственность за текущее лечение подростка с эпилепсией и обеспечить его плавный переход под наблюдение для взрослых и при необходимости продолжить многопрофильную помощь.	GPP
1.13.5 Многопрофильные службы, объединяющие специалистов для взрослых и детей, играют ключевую роль в лечении молодых людей с эпилепсией. Это может облегчить переход от педиатрического наблюдения к специалистам для взрослых и помочь в передаче информации.	D
1.13.6 Перед переводом под наблюдение специалистов для взрослых диагноз и способ ведения больного должны быть пересмотрены и должен быть обеспечен доступ к таким добровольным организациям, как группы поддержки и благотворительные организации для больных эпилепсией.	D
1.13.7 Информация, предоставляемая молодым людям, должна охватывать всю эпилепсию в целом, ее диагностику и лечение, последствия припадков и адекватный контроль над припадками, методы лечения, включая побочные эффекты и риски, риск получения травм. Другие важные вопросы, которые необходимо охватить, касаются возможного влияния эпилепсии на образ жизни и решения о выборе будущей профессии, на вождение автомобиля и вопросы страхования, социальную безопасность и благополучие, риска внезапной смерти и важность соблюдения режима лечения. Информация по вопросам образа жизни должна охватывать вопросы употребления наркотиков, алкоголя, сексуальной активности и важности соблюдения режима сна.	D
1.13.8 Процесс диагностики и лечения эпилепсии должен пересматриваться во время подросткового периода.	D
1.14 Пожилые люди с эпилепсией	
1.14.1 Рекомендации по выбору лечения и важности регулярного мониторингования его эффективности и переносимости для пожилых людей такие же, как и для всего населения в целом.	A (NICE)
1.15 Негроидная раса и этнические меньшинства	

1.15.1 Люди из черных и этнических меньшинств могут иметь разные культурные и коммуникационные потребности, и это должно учитываться во время диагностики и лечения. Наряду с переводом информации, должны рассматриваться возможности обеспечения других потребностей, с которыми сталкиваются такие люди.	D
1.15.2 Переводчик должен обладать как культуральными, так и медицинскими знаниями. Переводчики из семьи пациента обычно не подходят для этой миссии, так как есть вопросы, касающиеся конфиденциальности, неприкосновенности частной жизни, личного достоинства и точности перевода.	D
1.15.3 Информация, включая сведения о трудовых правах человека и праве вождения, должна излагаться в доступном формате.	D
1.16 Проведение осмотра пациента	
1.16.1 Взрослые и дети с эпилепсией должны регулярно осматриваться по схеме и регистрироваться врачом общей практики.	D
1.16.2 Взрослые должны регулярно осматриваться по схеме врачом общей практики, но в зависимости от их индивидуальных пожеланий, обстоятельства и тяжести эпилепсии, данный осмотр может производиться специалистом-неврологом.	D
1.16.2 Дети должны регулярно осматриваться по схеме специалистом.	
1.16.3 Для взрослых максимальный интервал между осмотрами составляет 1 год, но частота осмотров устанавливается в зависимости от индивидуальных особенностей течения эпилепсии и пожеланий пациента.	D
1.16.3 Для детей максимальный интервал между осмотрами составляет 1 год, но частота осмотров должна определяться индивидуально и в соответствии с пожеланиями пациента или членов его семьи и/или опекунов. Интервал между осмотрами должен согласовываться между пациентом, при необходимости, его семьей и/или опекунами, и специалистом, и составлять от 3 до 12 месяцев.	GPP
1.16.4 Взрослые пациенты должны регулярно осматриваться. Кроме того, при неуверенности в соответствии диагноза, необходимости дополнительного обследования или лечения, если пациент или клиницист видят неадекватный контроль эпилепсии, человек должен иметь возможность получить более специализированную помощь.	D
1.16.5 У взрослых с хорошим контролем эпилепсии могут возникать специфические вопросы, касающиеся лечения или образа жизни (например, беременность или прекращение лечения), которые могут потребовать консультации специалиста.	D
1.16.6 При необходимости осмотра специалиста, лучше провести его в условиях специализированной клиники.	D
1.16.7 Лечение должно пересматриваться через регулярные интервалы времени для того, чтобы больные эпилепсией не оставались на долгое время на лечении, которое не эффективно или плохо переносится, или чтобы убедиться, что назначенное лечение соблюдается.	A (NICE)
1.16.8 Плановый осмотр должен включать в себя вопрос о побочных эффектах и обсуждение плана лечения для обеспечения согласованности и приверженности к лечению.	GPP
1.16.9 Во время консультации пациенты должны иметь доступ к: письменной и визуальной информации; консультационным службам; информации об общественных организациях; медицинских кадрах,	D

специализирующихся на эпилепсии; времени проведения соответствующих исследований; направления в специализированные центры, включая, при необходимости, хирургические.	
Индикаторы мониторинга/ аудита	Ссылки на определенные рекомендации
1. % пациентов с диагнозом эпилепсии, получающих один противоэпилептический препарат. Формула: (Количество пациентов с диагнозом эпилепсии, получающих один противоэпилептический препарат) / (Все пациенты с диагнозом эпилепсии, получающие противоэпилептическое лечение). Источник данных: амбулаторная карта Частота определения: раз в полгода Показатель должен стремиться к 100%	Рекомендация 1.8.9
2. % пациентов, с диагнозом эпилепсии, которым было проведено измерение сывороточного пролактина. Формула: (Количество пациентов, с диагнозом эпилепсии, которым было проведено измерение сывороточного пролактина) / (Все пациенты с диагнозом эпилепсии). Источник данных: амбулаторная карта Частота определения: раз в полгода Показатель должен стремиться к 0%	Рекомендация 1.6.25
3. % младенцев с диагнозом эпилепсии, получающих Вигабатрин. Формула: (Количество младенцев с диагнозом эпилепсии, получающих Вигабатрин) / (Все младенцы с диагнозом эпилепсии). Источник данных: амбулаторная карта Частота определения: раз в полгода Показатель должен стремиться к 100%	Рекомендация 1.8.14
Методология	
При поддержке консультантов канадской консалтинговой компании CSIH был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантам проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки было рекомендовано клиническое руководство «The diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care», разработанное NICE (Великобритания) в 2004 году для адаптации рабочей группой в Казахстане. В процессе проведения адаптации были просмотрены все рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане.	
Ссылки	
www.rcrz.kz	
www.nice.org.uk/CG020NICEguideline	