

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ РФ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В. М. БЕХТЕРЕВА

УТВЕРЖДАЮ

Председатель

Неврологической секции

Ученого совета МЗ РФ

Академик РАМН

Е. И. Гусев _____

19 ноября 2002 г.

Протокол №11

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Пособие для врачей

Санкт-Петербург

2004

АННОТАЦИЯ

В пособии для врачей излагаются современные методы медикаментозной и нелекарственной восстановительной терапии больных эпилепсией, проводимой в процессе их реабилитации, приводятся новые основополагающие методические сведения (опросник ВОЗ КЖ 100) по оценке качества жизни (КЖ) больных, а также данные по изменению показателей их КЖ в процессе проведения лечебно-восстановительных мероприятий. Применение на практике излагаемых в пособии материалов и методов врачами неврологами, психиатрами, психологами могут принести несомненную пользу больным и помочь врачам более объективно (с учетом мнения больного) судить о результатах лечения.

© САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В. М. БЕХТЕРЕВА

Авторы: С.А. Громов, В.А. Михайлов, С.К. Хоршев, С.Д. Лынный, О.Н. Якунина

ВВЕДЕНИЕ

"Качество жизни" (КЖ) как новый показатель оценки результатов лечения самим больным существенно изменил представления о понятии "терапевтическая эффективность". Традиционно она определялась лечащим врачом и объективизировалась регрессом клинических симптомов и положительной динамикой параклинических показателей. В оценке результатов лечения больной как бы не участвовал. Его мнение учитывалось формально на основе исчезновения или уменьшения болезненных симптомов и не включало социально-психологические показатели, определяющие качество жизни больного. Это особенно заметно ощущалось при обсуждении результатов лечения социально значимых заболеваний, к каковым относится и эпилепсия.

Актуальность сказанного и включение предлагаемых в пособии способов в контролируемые врачом реабилитационные программы обусловлены осознанием необходимости восстановления прав человека, особенно больного, в обществе.

Восстановительное лечение больных эпилепсией является первым и, по существу, решающим этапом, определяющим конечную цель реабилитации - восстановление доболезненного состояния здоровья больного и снятие диагноза. Именно последнее позволило привести в соответствие заключение врача о высокой терапевтической эффективности с мнением больного о восстановлении качества его жизни в процессе проведенного лечения. В этой оценочной схеме могут быть и промежуточные варианты, особенно у лиц, сохранивших свой социально-трудовой статус, и не испытывавших гнета указанных ограничений.

Понятие КЖ, впервые появившееся в 60-е годы XX века в контексте измерения благополучия человеческого бытия в дальнейшем стало широко применяться, причем многие врачи, не имея четкого представления о сути этого показателя, часто отождествляют его с полученной в процессе лечения терапевтической эффективностью, поэтому приводим здесь определение КЖ по Index medicus (1977г.).

КЖ - это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии. В литературе широкое распространение также получил термин "качество жизни, связанное со здоровьем", позволяющее дифференцированно определить влияние болезни на лечение и состояние больного. Согласно этому определению оценка эффективности лечения и реабилитации сопоставляется с субъективным

мнением самого больного.

Важность этого в отношении больных эпилепсией можно подкрепить таким примером. У больного получен в процессе восстановительного лечения длительный контроль над припадками, т. е. здоровье его компенсировано, но диагноз эпилепсия не снят и он все еще остается под гнетом социально-трудовых ограничений (не может рационально трудоустроиться, оптимально решить семейные и др. проблемы), т. е. качество его жизни в биологическом плане улучшилось, но в социально-трудовом нет, поэтому конечная оценка результатов лечения врачом и больным дается неодинаковая. Она будет совпадать лишь в том случае, если процесс реабилитации завершен и с больного снят диагноз эпилепсия, в связи с выздоровлением.

Указанная выше двоякая оценка результатов восстановительного лечения и реабилитационной работы врачей создает новые проблемы для медицины и общества, т. к. требует решения не только медицинских, но и правовых норм.

Согласно современным требованиям доказательной медицины КЖ является одним из ключевых понятий, позволяющих дать глубокий многоплановый анализ биологических, индивидуально-личностных и социальных проблем больного человека.

Представленный в методическом пособии материал позволит практическим врачам с учетом современных позиций подойти к разработке и осуществлению индивидуальных лечебно-восстановительных программ и объективно оценить их влияние на качество жизни больного эпилепсией.

ОПИСАНИЕ МЕТОДА. ФОРМУЛА МЕТОДА

Разработан метод, содержащий индивидуальные программы восстановительных и реабилитационных мероприятий с оценочным контролем измерения показателей КЖ с помощью опросника ВОЗ КЖ 100 и позволяющий оценить влияние болезни на КЖ больных эпилепсией как до начала лечения, так и в его процессе. Включение опросника ВОЗ КЖ 100 в метод позволяет уточнить влияние проводимого лечения на различные сферы жизнедеятельности больного, провести коррекцию проводимых мероприятий и повысить эффективность восстановительной терапии и КЖ наблюдаемых с учетом мнения самого больного.

Важные разделы метода по восстановительной терапии эпилепсии запатентованы Агентством по патентам и товарным знакам:

- 1) "Способ оценки эффективности фармакотерапии эпи-

лепсии" 27.03.2001г. Патент на изобретение № 2164688; 2) "Способ лечения больных с резистентными к фармакотерапии формами эпилепсии" 20.01.2002г. Патент на изобретение № 2178298.

НОВИЗНА МЕТОДА состоит: 1) в получении новой информации у ранее недостаточно изученного объекта исследования - больных с социально значимым заболеванием - эпилепсией, свидетельствующей о том, что болезнь отрицательно влияет на КЖ больных и что их субъективная оценка (77,3%) результатов восстановительного лечения превышает показатель сокращения частоты приступов на 75% и более (71,8%), но не достигает общего уровня социально значимых положительных результатов (93,7%); 2) метод включает в себя новую оценочную шкалу, включающую мнение больного, (ВОЗ КЖ-100), объективизирующую результаты восстановительной терапии; 3) терапевтическая эффективность объективизируется биохимическим тестом (методика изложена в пособии для врачей МЗ РФ: "Использование клинко-биохимического метода - теста пароксизмальной активности в диагностике эпилепсии". СПб, 1998 г.) - метод титрования антител к глутаматсвязывающему мембранному белку (изобретение № 2164688); 4) усовершенствована методика по лечению резистентных к терапии видов припадков (изобретение №2178298).

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА

Показания:

1. Метод может быть использован при лечении больных эпилепсией без выраженного интеллектуально-мнестического снижения;
2. Применим нуждающимся в оптимизации медикаментозной терапии пациентам;
3. Рекомендован лицам, декомпенсированным в социально-трудовом плане;
4. При трудоустройстве молодых людей с припадками, стоящих перед выбором профессии;
5. При экспертной оценке трудоспособности больных эпилепсией.

Противопоказания:

Не рекомендуется использование метода больным с выраженными стойкими интеллектуально-мнестическим снижением и изменениями личности вследствие эпилепсии.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕТОДА

В методических рекомендациях использованы современные аппараты и лекарственные средства (см. Приложение 1).

ОПИСАНИЕ МЕТОДА

Для разработки и более успешного проведения восстановительной терапии используется понятие "функционального диагноза", который характеризует аналитико-синтетическую деятельность врача и состоит из трех частей: клинической, психологической и социальной. Необходимо знать не только "название" болезни, но и у кого (какой личности) и в какой среде (социальная микросреда) эта болезнь возникает.

Таким образом, наряду с общепринятыми клиническими и параклиническими обследованиями (МРТ, ЭЭГ-контроль) для составления более полного представления о больном, изучения его социально-трудовых и правовых аспектов целесообразно использовать метод оценки КЖ.

1. Измерение КЖ больных эпилепсией

Нами использован опросник ВОЗ КЖ, прошедший культуральную и языковую адаптацию и валидацию, в частности его ядерный модуль, состоящий из 100 вопросов (32 параметра), позволяющих наиболее полно оценить шесть крупных сфер КЖ - физические функции, психологические функции, уровень независимости, социальные взаимоотношения, окружающую среду и духовную сферу; кроме того, напрямую измеряется восприятие респондентом своего КЖ и здоровья в целом, дается итоговая суммарная оценка связанного со здоровьем КЖ индивида (структура опросника изложена в приложении №2). Опросник "ВОЗ КЖ - 100", созданный в 1991 году, охватывает все основные аспекты жизни индивида. ВОЗ КЖ - 100 опросник общего типа, измеряет КЖ, связанное со здоровьем. Его содержание базируется на тех аспектах жизненного благополучия, изменения в которых наблюдаются в результате как заболевания, так и медицинского воздействия и социальной поддержки. Он специально разработан таким образом, чтобы быть чувствительным к изменени-

ям состояния здоровья респондента, что особенно важно для оценки результатов лечебно-реабилитационной работы. Принципиально важным отличием исследований КЖ от традиционно применявшихся в медицине клинических и инструментальных методов является то, что оценка состояния больного базируется на его субъективном восприятии, которое не всегда совпадает с мнением врача и окружающих лиц. Данные КЖ, наряду с традиционным медицинским заключением, позволяют составить целостную и объективную картину болезни.

Выявлено, что в большей степени у больных эпилепсией страдают физическая и психологическая сферы при относительной сохранности духовной сферы и социальных отношений. Пациенты с частыми припадками оценивали КЖ по большинству из параметров опросника как низкое и среднее, с редкими - как среднее и высокое. Больные с более ранним началом заболевания (до 19 лет) предъявляли статистически достоверные более высокие оценки по субсферам работоспособности и подвижности, что может свидетельствовать о более успешной адаптации к болезни лиц, заболевших в детском и юношеском возрасте. Следует отметить, что пациенты, находящиеся на инвалидности давали более низкие оценки в следующих сферах: физическая, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда, также у них страдали духовная сфера, общее КЖ и состояние здоровья, что не выявлялось у пациентов, не имеющих группы инвалидности.

Показатели КЖ больного могут изменяться во времени в зависимости от его состояния, обусловленного рядом эндогенных и экзогенных факторов. Данные о КЖ позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию лечебных и реабилитационных воздействий.

Особый интерес представляют оценки, данные пациентами отдельным субсферам своей жизни. Они позволяют выявить как основные области жизненного неблагополучия, вызванного или усугубленного болезнью, так и наиболее сохранные субсферы, несущие в себе ресурс и опору для борьбы с болезнью. Целесообразно использовать опросник не менее двух раз за период госпитализации больного (при поступлении и перед выпиской из стационара), что позволяет врачу определить терапевтические и психотерапевтические "мишени", то есть области, на которые должны быть направлены лечебные и реабилитационные воздействия и контролировать эффективность проводимых мероприятий.

Суммарная положительная оценка улучшений, достигнутая в результате проведенного восстановительного лечения, во всех сферах КЖ отмечена 77,3% наблюдаемых больных.

2. Восстановительное лечение больных эпилепсией

Восстановительная терапия является начальным этапом медицинской реабилитации больных эпилепсией и основное место в ней отводится клинико-фармакологически обоснованной фармакотерапии антиэпилептическими препаратами (АЭП). Существенным отличием восстановительной терапии от медикаментозного лечения АЭП является наличие в ней мероприятий, коррегирующих лекарственное лечение с учетом социального, трудового и семейного статуса больного и в определенной степени влияющего на выбор АЭП (см. табл. 1).

Механизм действия АЭП сводится к подавлению гиперсинхронных нейрональных разрядов, блокаде путей распространения возбуждения, изменении проницаемости клеток для ионов и повышении активности ингибирующих нейромедиаторов (гам-ма-аминомасляная кислота и др.). Восстановительная терапия может включать в себя также патогенетическое лекарственное лечение (дегидратационное, рассасывающее и т. д.), а также препараты (нейролептики, бензодиазепины), направленные на купирование психических нарушений. Приводим принятые в отечественной и мировой практике стандарты лечения АЭП разных видов припадков (см. табл. 1).

После диагностики вида припадков лечение всегда следует начинать одним препаратом (монотерапия), постепенно наращивая суточную дозу по 1/2 таблетки каждые 3 дня до наиболее эффективной и хорошо переносимой в пределах терапевтически допустимой (процесс адаптации и оптимизации терапии).

Монотерапия имеет существенные преимущества перед политерапией, поэтому следует использовать все резервные возможности АЭП, включая предельно допустимые (не вызывающие побочных эффектов) суточные дозы, при необходимости раскладывая их на большее число приемов. Отсутствие терапевтического эффекта, его недостаточность или плохая переносимость являются основанием к замене АЭП или переходу на политерапию. При полиморфных припадках и неэффективности монотерапии вальпроатами второй препарат выбирают с учетом вида неподдающегося лечению припадков. Обычно более резистентны к терапии абсансы и миоклонические приступы, поэтому в роли второго препарата чаще оказываются карбамазепин, суксилеп, ламиктал, топирамат, клоназепам. Вид и объем терапии часто зависит от длительности заболевания эпилепсией, частоты

и полиморфности приступов.

Переход с одного АЭП на другой надо осуществлять постепенно, сначала добавить новый препарат, а затем каждую неделю заменять одну таблетку старого препарата на одну таблетку нового.

Таблица 1

Вид эпилептического припадка и рекомендуемые АЭП

| Вид припадка | Препарат выбора | Вид терапии | |
|---|-----------------|--|--|
| Парциальные (простые, сложные вторично-генерализованные) | Карбамазепин | Моно- или (при неэффективности или непереносимости предельно допустимых терапевтических доз (политерапия)) | |
| | Вальпроаты | | |
| | Гексамидин | | |
| | Дифенин | | |
| | Бензонал | | |
| Первично-генерализованные (тонические, тонико-клонические, клонические) | Топирамат | Моно- или Политерапия | |
| | Ламиктал | | |
| | Фенобарбитал | | |
| | Вальпроаты | | |
| | Гексамидин | | |
| Абсансы (типичные, атипичные) | Дифенин | Политерапия (реже монотерапия) | |
| | Бензонал | | |
| | Ламиктал | | |
| | Фенобарбитал | | |
| | Этосуксимид | | |
| | Вальпроаты | | |
| | Карбамазепин | | |
| Миоклонические | Клоназепам | Политерапия | |
| | Гексамидин | | |
| | Дифенин | | |
| | Фенобарбитал | | |
| | Диазепам | | |
| | Вальпроаты | | |
| Клоназепам (антелепсин, нитразепам) | | | |

Примечание: Разовые и суточные дозы не приводятся, т. к. они широко представлены в справочной литературе с учетом начальных и предельно допустимых доз.

Этот период лечения всегда очень труден, особенно при замене фенобарбитала.

После подбора оптимальной и адекватной суточной дозы АЭП и получения контроля над припадками лечение без снижения доз надо проводить не менее 3-х лет, после чего под контролем ЭЭГ можно решать вопросы об уменьшении доз или вида терапии (политерапия —> монотерапия).

При проведении и подборе восстановительной терапии АЭП необходимо учитывать основные клинико-фармакологические параметры препаратов, представленные в таблице №2. При проведении лечения АЭП необходимо, кроме подбора суточной дозы, учитывать период полувыведения АЭП (если он короче 24 часов, то давать препараты не реже двух раз в сутки) и границы их терапевтических концентраций.

Концентрацию препаратов особенно важно учитывать при проведении монотерапии и у больных с резистентными к терапии припадками. Следует отметить, что у некоторых пациентов по ряду причин не всегда имеет место линейное повышение концентрации АЭП при увеличении принимаемой суточной дозы.

Таблица №2

Фармакологические показатели АЭП

| Препарат | Суточная доза (мг/кг) | Период полу- выведения препарата (ч) | Границы те- рапевтической концентрации (мг/л) |
|-------------------------|--------------------------|--|--|
| Вальпроаты | 10-60 | 8-15 | 50-100 |
| Карбамазепин | 7-15 | 8-55 | 4-10 |
| Дифенин | 4-7 | 10-40 | 5-20 |
| Гексамидин | 10-25 | 3-12 | 2-15 |
| Бензонал | 3-10 | 100 - 200 | 60 - 500 |
| Фенобарбитал | 1-5 | 50 - 150 | 12-40 |
| Этосуксемид | 20-30 | 60-100 | 60-80 |
| Ламиктап | 50 - 400 | 29-31 | 3-15 |
| Клоназепам | 0,1 - 0,2 | 20-40 | 0,01 - 0,08 |
| Топирамат (топамакс) | 1-9 | 21 | 2-12 |

Важно также учитывать взаимодействие АЭП в организме, в результате которого концентрация АЭП в плазме крови может как увеличиваться, вызывая побочные эффекты, так и понижаться без увеличения дозы самих препаратов.

Приведенное выше медикаментозное противоэпилептическое лечение позволило добиться сокращения частоты припадков на статистически значимую величину улучшения здоровья, что совпало с оценкой улучшения, данной пациентами.

3. Психокоррекционное лечение эпилепсии

Существенное место в лечении эпилепсии на этапе восстановительной терапии занимают психосоциальные воздействия. Это связано с тем, что среди вторичных психических нарушений при эпилепсии ведущее место занимают различные невротические состояния, связанные с внешними средовыми, психогенными влияниями. В большинстве наблюдений эти нарушения встречаются как реакция личности на само заболевание, припадки и другие проявления болезни, а так же социально-трудовые ограничения.

Вид реагирования на заболевание и психотравмирующие факторы часто зависят от личностных особенностей пациента, что определяется прежде всего при общении с больным, а так же при проведении психологического обследования. Так, у больных с височной формой заболевания, по сравнению с генерализованной, более выражены фиксированность на болезни и болезненных переживаниях, склонность к формированию сверхценных идей, подозрительность, напряженность. Эти больные более склонны к тревожным реакциям, депрессивным переживаниям болезни и трудностям в отношениях с окружающими. Коррекция патологических черт личности больного осуществляется под воздействием противоэпилептической терапии, включающей медикаментозное лечение и психосоциальные воздействия. Если такие качества как ослабление памяти, снижение умственной работоспособности, колебания фона настроения и т. д. отчасти нивелируются под влиянием адекватной эффективной медикаментозной терапии, то отношение к своему заболеванию, себе, своей профессиональной деятельности, родным и другим сторонам окружающей больного действительности изменяется в той или иной степени в процессе психокоррекционной работы.

Следует отметить, что эффективная медикаментозная терапия и достижение контроля над припадками, а также полное их купирование являются мощным фактором, изменяющим все компоненты личности больного в положительную сторону.

Психологическая коррекция осуществляется в несколько этапов:

1-ый этап - установление контакта с больным;

2-ой этап - проведение комплексного психологического исследования с целью диагностики особенностей личности больного (имеет и коррегирующее значение - в процессе него происходит самопознание больного, объективизация его жалоб);

3-ий этап - психокоррекционная работа на основе данных психодиагностического исследования, проводимое на фоне противоэпилептической терапии с учетом клинического состояния больного и данных других методов обследования в специализированном стационаре (содержание этой работы обусловлено психологическим статусом больного, его актуальными проблемами, возможны различные ее формы - индивидуальная и групповая);

4 - ый этап - динамическое психологическое исследование и поддерживающая психокоррекция в процессе длительного наблюдения (до нескольких лет).

В настоящем пособии мы остановимся на приемах пси-хокоррекционной работы, включающих в себя и психотерапию.

Она проводится в отделении и должна учитывать не только клиническую картину заболевания, но и данные экспериментально-психологического исследования, особенности структуры личности больного, изменения в различных сферах КЖ.

Рациональная психотерапия показана всем группам больных эпилепсией, вне зависимости от частоты и вида припадков, степени изменения личности.

Главной ее целью является убеждение пациента в том, что возможно снятие или значительное урежение эпилептических припадков. При проведении психокоррекционной работы с больными ставятся следующие задачи: 1) установление контакта и взаимопонимания с больным; 2) психологическая адаптация больного к лечебно-активирующему режиму отделения и т. д.; 3) ориентация больного на возможность получения хороших терапевтических результатов (лечебная перспектива); 4) убеждение больного в необходимости после прекращения припадков длительной поддерживающей терапии АЭП с соблюдением ограничительного режима жизни в течение длительного времени после выписки из стационара; 5) адаптация больного на фоне меняющегося КЖ к жизни в семье, в рабочем коллективе, к профессии после достижения контроля над припадками и выписки из отделения.

Психотерапевтическое действие оказывает уже сам факт пребывания больного в специализированном отделении, обусловленный надеждой на правильную диагностику и лечение заболевания. Крайне важным является формирование доброжела-

тельных и доверительных отношений между пациентом и врачом, создание "оздоровительного" климата в каждой палате и в отделении в целом.

За время пребывания больного в отделении необходимо обсудить с ним возможные варианты дальнейшего лечения, решения наболевших проблем и перспективы трудоустройства.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Описанный в пособии метод использовался при лечении ПО больных эпилепсией. Анализируя полученные результаты, в целом можно сказать, что применение опросника ВОЗ КЖ 100 позволяет получить важные сведения о субъективной оценке больными эпилепсией физической, психологической, социальной сфер функционирования, которые могут быть востребованы для разработки реабилитационных программ и мониторинга состояния больного в процессе их реализации. В частности, до начала проведения лечебно-реабилитационных мероприятий больные эпилепсией оценивали свое КЖ как среднее и низкое, выявлена его зависимость от ряда клинических факторов: вида, частоты и тяжести припадков, возраста начала заболевания, трудового статуса. Выявлена корреляционная обратная связь между показателями КЖ и степенью выраженности тревоги и депрессии, т. е. больные с депрессией и тревогой отмечали более низкие оценки КЖ. После проведения восстановительной терапии оценка качества их жизни статистически достоверно повысилась во всех сферах, особенно в физической, психологической сферах и в сфере социальных взаимоотношений. У ряда больных обнаружено снижение оценки в субсфере зависимость от лекарств и лечения, что на этапе восстановительной терапии является положительным фактором, свидетельствующим о значимости для больного приема противоэпилептических препаратов. С помощью описанного метода удалось добиться терапевтической эффективности у 93,7% больных (сокращение частоты припадков на 50%-75% у 21,9%, на 75% и более у 71,8%), что в 77,3% наблюдений совпало с мнением пациентов и улучшением показателей КЖ, что больше коррелировало с высоким процентом сокращения частоты припадков.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: Пособие для врачей и психологов. С- Петербург 1998.
2. Громов С.А., Лобзин В.С. Лечение и реабилитация больных эпилепсией. - СПб: Образование. -1993. - 228 с.
3. Громов С.А., Михайлов В.А., Вассерман Л.И., Лынный С.Д., Флерова И.Л. Качество жизни и реабилитация больных эпилепсией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2002; 102: 6: 4-8.
4. Громов С.А., Хоршев С.К., Смирнов Д.П. Совершенствование фармакотерапии эпилепсии с различной степенью резистентности к лекарственному лечению. Неврологический журнал, 1998, № 2, с. 25 - 28.
5. Вассерман Л.И., Громов С.А., Михайлов В.А. и др. Концепция реабилитации и качество жизни: преимущество и различия в современных подходах. Психосоциальная реабилитация и качество жизни: Сборник научных трудов. СПб: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева 2001; 137: 103-115.
6. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб: ЭЛБИ 1999.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Оборудование, использованное в работе и зарегистрированное в "Государственном реестре медицинских изделий". - М., 1996 г

Анализатор электрической активности мозга с топографическим картированием "Энцефалан-131-01", рег. № 94/271-71.

Томограф магнитный резонансный "Имттон". ТУ 9442 -001 11283939 - 94. СП "ИМТ - сервис", Россия - Франция, № 94/271 - 73.

Препараты и реагенты, зарегистрированные в "Регистре лекарственных средств России". - М., 1999 г.

Карбамазепин - Акри (Акрихин, Россия), табл. 200 мг, рег. № 97/167/2.

Финлепсин (Arzneimittelwerk, Dresden, GmbH, Германия), табл. 200мг, рег. №00519.

Финлепсин ретард (Arzneimittelwerk, Dresden, GmbH, Германия), табл. ретард. 200, 400 мг, рег. № 008736, 15.12.98.

Депакин ("Sanofi-Synthelabo", Франция), табл. 300 мг, рег. N.007244 / 10.07.96, рег. N. 002808 /13.01.93.

Депакин Хроно ("Sanofi-Synthelabo", Франция), табл. 300 мг, 500 мг, рег. № 006224, 27.06.95, рег. № 006834, 15.11.95.

Фенобарбитал, "Химфармкомбинат "Акрихин" (Россия), рег. N. 70/730/61.

Дифенин, "Химфармкомбинат "Акрихин" (Россия), рег. N. 74/331/ 63.

Клоназепам (Tarchominские Zaklady Farmaceutyczne "Polfa", Польша), 2 мг, рег. № 012884/01 - 2001, 06.04.01.

Бензонал (Асфарма, Россия), табл. 100 мг, рег. № 70/183/17.

Ламиктал (GlaxoSmithKline, Великобритания), табл. 25 мг, рег. №011753/01-2000.

Топамакс (Janssen - Cilag Farmaceutica, LDA, Португалия), табл.25 мг, 100 мг, рег. № 011415/01 -1999, 30.09.99.

Ново- Пассит (Galena a. s., Чешская республика), р-р орал., фл.100мл, рег. №008366.

Сибазон, табл. 5 мг, рег. № 94/294/11.

Фуросемид, табл. 40 мг, рег. № 005022.

Лидаза (для инъекций) пор. лиоф. д/ин, 64 МЕ, амп., рег. №71/145/13.

Кавинтон, табл. 5 мг, рег. № 008470.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Структура ядерного модуля опросника ВОЗ КЖ -100

С. Общее качество жизни и состояние здоровья

1. Физическая сфера

- F1. Физическая боль и дискомфорт
- F2. Жизненная активность, энергия и усталость
- F3. Сон и отдых

2. Психологическая сфера

- F4. Положительные эмоции
- F5. Мышление, обучаемость, память и концентрация (познавательные функции)
- F6. Самооценка
- F7. Образ тела и внешность
- F8. Отрицательные эмоции

3. Уровень независимости

- F9. Подвижность
- F10. Способность выполнять повседневные дела
- F11. Зависимость от лекарств и лечения
- F12. Способность к работе

4. Социальные отношения

- F13. Личные отношения
- F14. Практическая социальная поддержка
- F15. Сексуальная активность

5. Окружающая среда

- F16. Физическая безопасность и защищенность F17. Окружающая среда дома F18. Финансовые ресурсы
- F19. Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)
- F20. Возможности для приобретения новой информации и навыков
- F21. Возможности для отдыха и развлечений и их использование
- F22. Окружающая среда вокруг (загрязненность/шум/климат/привлекательность)
- F23. Транспорт

6. Духовная сфера

- F24. Духовность/религия/личные убеждения

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|----|
| Введение..... | 3 |
| Описание метода: формула метода..... | 4 |
| Показания и противопоказания к применению метода..... | 5 |
| Материально-техническое обеспечение метода..... | 6 |
| Описание метода..... | 6 |
| Эффективность использования метода..... | 13 |
| Список рекомендуемой литературы..... | 14 |
| Приложение 1..... | 15 |
| Приложение 2..... | 16 |

Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов
- Копировально-множительные работы
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами

Обращайтесь по тел. (812) 265-20-80 или по адресу:
Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3, Издательский центр
СПбНИПНИ им.В.М.Бехтерева

Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии
СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева.
Печать ризографическая.
Заказ № 38. Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева.
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, тел. 265-20-80