

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони здоров'я

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ  
ПЕРВИННОЇ, ЕКСТРЕНОЇ, ВТОРИННОЇ  
(СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) ТА ТРЕТИННОЇ  
(ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ)**

**МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**ЕПІЛЕПСІЇ У ДОРΟΣЛИХ**

**2013**

## Вступ

### **Мета та принципи створення уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги за темою «Епілепсія»**

Основною метою цього уніфікованого клінічного протоколу є створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам з епілепсією.

УКПМД є комплексним клінічним протоколом медичної допомоги пацієнтам з епілепсією (діагноз за МКХ-10 – G 40 Епілепсія).

УКПМД створений для надання первинної медичної допомоги та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

Взаємодія між закладами охорони здоров'я різних рівнів координується спільним узгодженим Локальним протоколом медичної допомоги (регіональний рівень локального протоколу), що розробляється на основі цього УКПМД. Крім того, відповідно до акредитаційних вимог у ЗОЗ має бути наявний Локальний протокол медичної допомоги, що визначає взаємодію структурних підрозділів ЗОЗ, медичного персоналу тощо (локальний рівень).

Обґрунтування та положення уніфікованого клінічного протоколу побудовані на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених в клінічних настановах (КН) – третинних джерелах, а саме:

1. NICE CG 137 – The Epilepsies: The diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care (Епілепсії: діагностика та лікування епілепсій у дорослих та дітей при наданні первинної та вторинної медичної допомоги) 2012

2. Updated ILAE evidence review of antiepileptic drug efficacy and effectiveness as initial monotherapy for epileptic seizures and syndromes

<http://www.ilae.org/Visitors/Documents/Guidelines-epilepsia-12074-2013.pdf>.

Epilepsia// T.Glauser,E. Ben-Menachem,B.Bourgeois et al. for the ILAE subcommission of AED Guidelines.-2013.- Epilepsia.-1–13.

3. Kwan P, Arzimanoglou A, Berg AT, Brodie MJ, Allen Hauser W, Mathern G, Perucca E, Wiebe S, French J. Source Definition of drug resistant epilepsy: consensus proposal by the adhoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. Epilepsia. 2010 Jun;51(6):1069-77. Epub 2009 Nov 3.

## Перелік скорочень, що використовуються у протоколі

- IBE** – Міжнародне бюро з епілепсії (International Bureau of Epilepsy)  
**ILAE** – Міжнародна протиепілептична Ліга (International League Against Epilepsy )  
**АД** – антидепресанти  
**АЛТ** – аланінамінотрансфераза  
**АП** – антипсихотичні препарати  
**АСТ** – аспаргатамінотрансфераза  
**АТ** – артеріальний тиск  
**Б/х аналіз** –  
**ВООЗ** – Всесвітня організація охорони здоров'я  
**ГСЕН** – гострий симптоматичний епілептичний напад  
**ЕЕГ** – електроенцефалографія  
**ЕКГ** – електрокардіографія  
**ЗОЗ** – заклад охорони здоров'я  
**КБТ** – когнітивно-біхевіоральна психотерапія  
**КН** – клінічна настанова  
**КТ** – комп'ютерна томографія  
**ЛПМД** - локальний протокол медичної допомоги  
**МД** – медична допомога  
**МКХ** – міжнародна класифікація хвороб  
**МРТ** – магнітно-резонансна томографія  
**ПЕП** – проти епілептичні препарати  
**ПСП** – психосоціальні тренінги  
**РП** – раціональна психотерапія  
**СП** – сімейна психотерапія  
**УЗДГ** – ультразвукова доплерографія  
**УКПМД** - уніфікований клінічний протокол медичної допомоги  
**ЦНС** – центральна нервова система  
**ЧМТ** – черепно-мозкова травма

## I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

### 1.1. Діагноз:

епілепсія,  
 симптоматична епілепсія,  
 ідіопатична епілепсія,  
 криптогенна епілепсія,  
 епілептичні синдроми.

### 1.2. Код МКХ-10:

Епілепсія – G 40

- Локалізована (фокальна, парціальна) ідіопатична епілепсія та епілептичні синдроми з судомними нападами з фокальним початком G40.0
- Локалізована (фокальна, парціальна) симптоматична епілепсія та епілептичні синдроми з простими парціальними нападами G 40.1
- Локалізована (фокальна, парціальна) симптоматична епілепсія та епілептичні синдроми з комплексними парціальними судомними нападами G 40.2
- Генералізована ідіопатична епілепсія та епілептичні синдроми G 40.3
- Інші види генералізованої епілепсії та епілептичних синдромів G 40.4
- Особливі епілептичні синдроми G 40.5
- Напади grand mal неуточнені (з малими нападами [petit mal] або без них) G 40.6
- Малі напади [petit mal] неуточнені без нападів grand mal G 40.7
- Інші уточнені форми епілепсії G 40.8
- Епілепсія неуточнена G 40.9

Когнітивні та мнестичні розлади внаслідок епілепсії (F02.803)

Психотичні розлади внаслідок епілепсії(F05.12, F05.82, F05.92)

Психічні розлади внаслідок ураження або дисфункції головного мозку (епілепсії) (F06.02, F06.12, F06.22, F06.302, F06.322, F06.63, F06.83)

Специфічні розлади особистості та поведінки внаслідок епілепсії (F07.83)

**1.3.** Протокол призначений для неврологів, психіатрів, лікарів загальної практики-сімейної медицини

**1.4. Мета протоколу:** організація надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на епілепсію; забезпечення якості, ефективності та рівних можливостей доступу до медичної допомоги пацієнтів; встановлення єдиних вимог щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих відповідно до КН, що розроблена за принципами доказової медицини.

**1.5. Дата складання протоколу:** 2013 рік

**1.6. Дата перегляду протоколу:** 2016 рік

**1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу:**

Хобзей Микола Кузьмич	Директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України, д.мед.н., професор (голова)
Міщенко Тамара Сергіївна	Завідувач відділення судинної патології головного мозку Інституту клінічної та експериментальної неврології і психіатрії НАМН України, д.мед.н., професор (заступник голови з клінічних питань), головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Неврологія» (за згодою)
Морозов Анатолій Миколайович	Заступник генерального директора ДП «Державний експертний центр МОЗ України» (до 01.09.13), д.мед.н., професор (заступник голови з координації діяльності мультидисциплінарної робочої групи)
Степаненко Алла Василівна	Консультант ДП «Державний експертний центр МОЗ України», професор кафедри Української військово-медичної академії МЗС України, д.мед.н., професор (заступник голови з методології)
Горачук Вікторія Валентинівна	Доцент кафедри управління охорони здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.м.н.
Горанський Юрій Іванович	Доцент кафедри неврології та нейрохірургії Одеського державного медичного університету, д.мед.н.
Дубенко Андрій Євгенович	Провідний науковий співробітник Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», д.мед.н., професор (за згодою)
Євтушенко Станіслав	Завідувач кафедри дитячої та дорослої неврології Донецького національного медичного університету імені М. Горького,

Костянтинович	д.мед.н., професор
Коростій Володимир Іванович	Професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, д.мед.н., професор
Літовченко Тетяна Анатоліївна	Завідувач кафедри невропатології Харківської медичної академії післядипломної освіти, д.мед.н., професор
Мартинюк Володимир Юрійович	Директор Державної установи «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи», к.м.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча неврологія»
Марута Наталія Олександрівна	Заступник директора з наукової роботи Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», д.мед.н. професор (за згодою)
Марцинковський Ігор Анатолійович	Керівник сектору медико-соціальної реабілітації дітей та підлітків з психічними та поведінковими розладами Державної установи «Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології» МОЗ України, д.мед.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча психіатрія»
Мар'єнко Лідія Борисівна	Доцент кафедри неврології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, керівник Львівського обласного протиепілептичного центру, к.м.н.
Мостовенко Раїса Василівна	Завідувач дитячого інфекційного відділення Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ», головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Педіатрія»
Пінчук Ірина Яківна	Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Психіатрія», директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
Танцура Людмила Миколаївна	Керівник відділу дитячої психоневрології і клінічної нейрогенетики Державної установи «Інститут неврології, психіатрії і наркології Національної академії медичних наук України» (за згодою)
Харчук Сергій Михайлович	Керівник лікувально-діагностичного центру «Епілепсія» м. Київ, Президент Української протиепілептичної ліги, к.м.н. (за згодою)
Чабан Олег Созонтович	Завідувач відділу пограничних станів та соматичних розладів Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.мед.н., професор

Юр'єва Людмила Миколаївна	Завідувач кафедри психіатрії факультету післядипломної освіти Дніпропетровської державної медичної академії МОЗ України, д.мед.н., професор
Малюга Валентина Дмитрівна	Сімейний лікар Калинівської амбулаторії загальної практики – сімейної медицини Васильківського району Київської області
Імерелі Руслан Едуардович	Голова Всеукраїнської громадської організації інвалідів користувачів психіатричної допомоги «Юзер» (за згодою)
Костюк Костянтин Романович	завідувач відділення функціональної нейрохірургії ДУ «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова АМН України», к.мед.н., Віце президент Української протиепілептичної ліги
Смоланка Володимир Іванович	Директор обласного клінічного центру нейрохірургії та неврології, завідувач кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії Ужгородського національного університету, член правління Української асоціації нейрохірургів, Голова Закарпатського центру Української асоціації нейрохірургів, д.мед.н., професор

### **Методичний супровід та інформаційне забезпечення**

Ліщишина О.М.	Директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.м.н.
Горох Є.Л.	Начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.т.н.
Шилкіна О.О.	Начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»
Мельник Є.О.	Начальник Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ. Електронна адреса: [medstandards@dec.gov.ua](mailto:medstandards@dec.gov.ua).

Електронну версію документу можна завантажити на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я: <http://www.moz.gov.ua> та на сайті <http://www.dec.gov.ua>.



**Перегляд – 2016**

## **1.8. Коротка епідеміологічна інформація**

Розповсюдженість епілепсії в розвинутих країнах складає 5-10 випадків на 1000 населення. Згідно результатів популяційних досліджень, що були проведені в розвинутих країнах, частота розвитку епілепсії коливається у межах від 0,28 до 0,53 на 1000 населення. У країнах, що розвиваються дані про розповсюдженість епілепсії дуже різняться, наприклад, 3.6 на 1000 в Індії, до 40 на 1000 в сільських районах Нігерії. В країнах СНД розповсюдженість епілепсії коливається від 0,96 до 10 на 1000 населення. В Європі на епілепсію страждає 6 млн. осіб, з них 40 % не отримує належного лікування

Частота нових випадків захворювання на рік складає у світовому масштабі у середньому 0,04%, однак, відмічаються коливання в різні періоди життя: у дитячому віці – 0,9 з 1000 на рік, у середньому 0,2 з 1000 на рік, в віці більш ніж 60 років – 0,6 на 1000 на рік. Середня захворюваність складає 0,4 на 1000 населення.

Кожний двадцятий мав протягом життя мав хоча б один епілептичний напад.

Кожна 150-та людина має епілепсію як захворювання. На жаль, чітких статистичних даних про захворюваність та розповсюдженість епілепсії в Україні серед дорослого населення немає.

## **II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА**

### **Особливості процесу надання медичної допомоги**

Епілепсія – це розлад мозкової діяльності, що характеризується стійкою схильністю до виникнення епілептичних нападів, а також нейробіологічними, когнітивними, психологічними і соціальними наслідками цього стану. Визначення (діагноз) епілепсії вимагає появи щонайменше одного епілептичного нападу (ILAE, IBE, 2005).

Поняття "епілепсії" (загально прийнятний термін у країнах СНД – епілепсія) містить у собі гетерогенну групу різних синдромів і захворювань, що мають різний прогноз і вимагають різного лікування, як терапевтичного так і нейрохірургічного, тому діагностика правильного розладу потребує визначення форми захворювання й типу епілептичних випадків.

Медична допомога при епілепсії надається в спеціалізованих медичних закладах (неврологічних, психіатричних).

### III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

#### 3.1. Для установ, що надають первинну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<b>1. Первинна профілактика</b>		
<p>До заходів первинної профілактики слід віднести рекомендації щодо способу життя, адекватне лікування та профілактику захворювань та станів, що можуть призвести до розвитку або клінічної маніфестації епілепсії:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Уникнення факторів, що провокують порушення функцій ЦНС: надлишкове вживання алкоголю та інші інтоксикації, порушення режиму роботи і відпочинку, порушення режиму сну.</li> <li>• Своєчасне і адекватне лікування інших захворювань та травм ЦНС та низки соматичних захворювань.</li> </ul>	<p>На сьогодні не існує переконливих доказів, які підтверджують ефективність рекомендацій щодо ролі способу життя і профілактики в розвитку і лікуванні епілепсії, але, на думку експертів, вони мають входити до завдань загального цільового консультування пацієнтів сімейним лікарем.</p>	<p><b>Обов'язкові методи первинної профілактики:</b> відсутні</p> <p><b>Бажані методи первинної профілактики:</b> Розробити інформаційний листок для пацієнтів, в якому представлені рекомендації щодо здорового способу життя. Заходи щодо формування здорового способу життя населення.</p>
<b>2. Діагностика</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Збір анамнезу</li> <li>• Фізикальне обстеження</li> <li>• Моніторинг АТ</li> <li>• Лабораторна діагностика</li> <li>• ЕКГ</li> <li>• Направлення на консультацію до невролога .</li> </ul>	<p>На етапі первинної медичної допомоги проводиться тільки обстеження для виключення наявності актуальної соматичної патології та метаболічних порушень. Діагностика епілепсії проводиться тільки в спеціалізованих лікарняних закладах.</p>	<p>Особливості (з'ясування даних) анамнезу:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обставини виникнення першого (та інших) нападів</li> <li>• Анамнез життя (по можливості включаючи ранній анамнез)</li> <li>• Обставини життя і роботи (контакт з токсичними факторами, підвищений ризик</li> </ul>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p>травмування та ін.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сімейний анамнез (наявність пароксизмальних порушень у рідних)</li> </ul> <p>Фізикальне обстеження хворого для виключення (або підтвердження) наявності соматичної патології, що могла призвести до виникнення нападів.</p> <p>Лабораторні методи обстеження:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Загальний аналіз крові</li> <li>• Визначення рівня глюкози в крові</li> </ul> <p>ЕКГ – для діагностики значимих порушень ритму серця</p>
<b>3. Медичне спостереження пацієнтів з встановленим діагнозом епілепсії</b>		
<p>3.1. Моніторинг виконання лікарських призначень</p> <p>3.2. Моніторинг побічних дій та ускладнень</p> <p>3.3. Своєчасне скерування пацієнта до спеціаліста при погіршенні стану</p> <p>3.4. Психосовітня робота з пацієнтом та його родичами</p> <p>3.5. Формування прихильності до лікування</p>		<p><b>Обов'язкові:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Пояснення хворим необхідності дотримання здорового способу життя і роз'яснення особливостей лікування</li> <li>• Проведення роз'яснювальної роботи з пацієнтом щодо суті його захворювання з акцентуванням уваги на значній ефективності лікування епілепсії (до 50-75%) (Додаток 6)</li> <li>• Встановлення партнерських довірливих відносин між лікарем та пацієнтом</li> </ul>
<b>3.2. Медикаментозне лікування</b>	Лікування епілепсії проводиться тільки за призначенням спеціаліста або в спеціалізованих ЗОЗ.	

<b>Положення протоколу</b>	<b>Обґрунтування</b>	<b>Необхідні дії</b>

### 3.2. Для установ, що надають екстрену медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<b>1. Діагностика</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Збір (уточнення) анамнезу</li> <li>• Фізикальне обстеження: оцінка кардіореспіраторної функції</li> <li>• Лабораторна діагностика</li> <li>• ЕКГ (за показаннями)</li> <li>• Направлення на консультацію до невролога або/і неврологічного стаціонару</li> </ul>	<p>На етапі невідкладної медичної допомоги проводиться тільки обстеження для виключення інших станів (неврологічних та соматичних), що можуть призвести до пароксизмальних порушень.</p> <p>Лікування епілептичного статусу і/або серійних нападів проводиться тільки в умовах спеціалізованого лікарняного закладу (за умов наявності реанімаційного відділення).</p>	<p>Особливості (з'ясування даних) анамнезу:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обставини виникнення нападу або/і епілептичного статусу</li> <li>• Фіксація тривалості нападу/ів (тривалість нападу більше 10 хвилин є показанням для госпіталізації (реанімаційне відділення)</li> <li>• Анамнез захворювання (наявність попередніх нападів/історії епілепсії, попередній прийом ПЕП)</li> </ul> <p>Фізикальне обстеження хворого:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Оцінка кардіореспіраторної функції</li> </ul> <p>Лабораторні методи обстеження:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Визначення рівня глюкози в крові експрес-методом</li> </ul> <p>ЕКГ – для діагностики значимих порушень ритму серця</p>
<b>2. Невідкладна допомога</b>		
<p><b>Медикаментозне лікування:</b> Бригадою невідкладної допомоги проводяться тільки заходи, спрямовані на переривання актуального нападу та</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лікування епілепсії (призначення ПЕП) проводиться тільки за призначенням спеціаліста або в спеціалізованих ЗОЗ.</li> <li>• Тривалість нападу (серії</li> </ul>	<p>Забезпечення проходимості дихальних шляхів</p> <p>Призначення кисню (за потребою)</p> <p>Проведення загальних реанімаційних заходів (за</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
загальні реанімаційні заходи (за потребою)	нападів) понад 10 хвилин є показанням для невідкладної госпіталізації хворого.	потребою)  При тривалості нападу (нападів до 10 хвилин): Діазепам – 0,3-0,4 мг/кг Введення глюкози (50 мл 50%) і тіаміна (до 250 мг) Розчин сульфату магнію в/в 7-10 мг/кг (10-15 мл - 25% розчину) Якщо напад (серія нападів) триває більш ніж 10 хвилин: Діазепам – повторно 0,2-0,4 мг/кг (до 0,5 мг) або розчин вальпроєвої кислоти в/в 500-1000 мг (при наявності попереднього призначення спеціаліста) Транспортування хворого до неврологічного відділення / реанімаційного відділення.

### 3.3 Для установ, що надають вторинну амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу (спеціалізована неврологічна допомога)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<b>1. Діагностика (для неврологів)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Збір анамнезу</li> <li>• Фізикальне обстеження</li> <li>• Лабораторна діагностика</li> <li>• ЕКГ</li> <li>• Нейровізуалізація МРТ головного мозку</li> <li>• ЕЕГ</li> <li>• Тривалий моніторинг АТ</li> <li>• Тривалий моніторинг</li> </ul>	<p>Метою діагностики є встановлення діагнозу «епілепсія», типів епілептичних нападів та форми епілепсії.</p> <p>Також, встановлення етіології захворювання, клінічно важливих коморбідних станів.</p> <p>Діагностика епілепсії проводиться тільки в спеціалізованих</p>	<p><b>Обов'язкові:</b></p> <p>Особливості збору анамнезу:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обставини виникнення першого (та інших) нападів</li> <li>• Анамнез життя (по можливості включаючи ранній анамнез), наявність в анамнезі родової травми або іншої важкої патології ЦНС в ранньому дитинстві; наявність в дитячому віці пароксизмальних станів:</li> </ul>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<p>ЕКГ (за показаннями)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Консультації психіатра (за показаннями)</li> <li>• Консультація лікаря-психолога (за показаннями)</li> <li>• Консультація нейрохірурга (за показаннями)</li> </ul>	<p>неврологічних ЗОЗ: До психіатричних ЗОЗ скеровуються тільки пацієнти, що мають значимі психотичні порушення, в усіх інших випадках лікування епілепсії проводить лікар-невролог із залученням психіатра за медичними показаннями.</p> <p>Для діагностики та диференційної діагностики епілептичних та неепілептичних пароксизмальних станів (додаток 3) лікуючий невролог/психіатр має використовувати сучасні нейрофізіологічні та нейровізуалізаційні методи дослідження, а також мати змогу консультувати хворого в інших спеціалістів для виключення неепілептичного характеру пароксизмальних порушень та діагностики низки супутніх патологічних станів</p>	<p>фебрильних судом, інших порушень свідомості; наявність в анамнезі втрати чи порушень свідомості; станів звуженої свідомості, немотивованих фобій та психомоторних збуджень, особливо у ночі, транзиторних порушень мови, енурезу</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обставини життя і роботи (контакт з токсичними факторами, підвищений ризик травмування та ін.)</li> <li>• Сімейний анамнез (наявність пароксизмальних порушень у рідних)</li> </ul> <p>Фізикальне обстеження хворого для виключення (або підтвердження) наявності соматичної патології, що могла призвести до виникнення нападів.</p> <p>Поглиблене неврологічне дослідження в динаміці.</p> <p>Лабораторні методи обстеження:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Загальний аналіз крові (гемоглобін, гематокрит, лейкоцитарна формула, кількість тромбоцитів, згортання крові) (якщо не зроблено на первинному рівні)</li> <li>• Загальний аналіз сечі (білок, глюкоза, мікроскопія, кетони, домішки крові).</li> <li>• Б/х аналіз крові з визначенням: рівня глюкози, рівня кальцію, АСТ, АЛТ, білірубіну, креатиніну, лужної фосфатази, гамаглутаматамінотрансферази, електролітів, білку, сечовини, амілази,</li> </ul>



Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p>церулоплазміну, молочної кислоти</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Показники гормонального статусу (після консультації ендокринолога за потребою)</li> </ul> <p><b>ЕЕГ</b> дослідження, не менше 20 хвилин запису. (додаток 7)</p> <p><b>Нейровізуалізація МРТ:</b> дослідження у режимах T1 и T2 с застосуванням тонких E-1 мм безперервних зрізів в коронарній проекції.</p> <p>Огляд очного дна (при наявності показань)</p> <p>Направлення на консультацію до нейрохірурга (при наявності структурних змін головного мозку, резистентності до медикаментозного лікування).</p> <p>Консультація психіатра проводиться за показаннями (наявність значимих психотичних, когнітивних, мнестичних змін та виражених специфічних змін особистості)</p> <p><b>Бажані:</b></p> <p>Тривалий моніторинг АТ: можлива заміна моніторингу регулярним вимірюванням АТ через рівні інтервали з обов'язковим вимірюванням у момент клінічного погіршення, але інформативність такого вимірювання істотно нижча, ніж моніторингу.</p> <p><b>ЕЕГ</b>-моніторинг.</p> <p><b>ЕКГ</b>–моніторинг при підозрі на кардіогенні пароксизми.</p> <p>Дослідження плазмоконтрації ПЕП в крові (за показаннями)</p> <p><b>Нейровізуалізація:</b> При негативному результаті МРТ</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p>головного мозку проводити МРТ дослідження на апараті з напругою магнітного поля не менше 1,5 Т.</p> <p>Дослідження стану судинної системи мозку: МРТ в ангіографічному режимі, а за необхідності проведення ангіографії.</p> <p><b>Ультразвукове транскраніальне доплерографічне</b> дослідження повинне проводитися в каротидному і базиллярному басейнах з пред'явленням адекватних функціональних навантажень.</p> <p><b>Отоневрологічне</b> обстеження (за показаннями).</p> <p>Поглиблене <b>ендокринологічне обстеження</b> за наявності показань.</p> <p>Психологічне і психодіагностичне (патопсихологічне, нейропсихологічне) обстеження проводиться за показаннями (бажано)</p>

<b>3. Методи лікування</b>		
<p><b>3.1. Медикаментозне лікування</b></p> <p><b>При первинно встановленому діагнозі, поновленні нападів після ремісії та фармакорезистентній епілепсії:</b> за призначенням спеціаліста третинного рівня з внесенням необхідних коректив за клінічними показаннями.</p> <p><b>Стан стійкої ремісії:</b></p>	<p>Лікування епілепсії проводиться тільки в спеціалізованих лікарняних закладах: неврологічних, а за показаннями – в психіатричних.</p> <p>Лікування повинно бути тривалим, безперервним, адекватним щодо типу нападів та форми епілепсії і таким, що досягає контролю над</p>	<p><b>Необхідні:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Призначення адекватних для типу нападів та форм епілепсії ПЕП в рекомендованих терапевтичних дозуваннях.</li> <li>2. Контроль своєчасності і безперервності прийому препаратів за призначенням спеціаліста третинного рівня</li> <li>3. Формування лояльності (прихильності) пацієнта і сім'ї до лікування</li> <li>4. Лікування етіологічного</li> </ol>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<p>супровід підтримуючої терапії</p> <p><b>Ускладнення протиепілептичної терапії:</b> медикаментозне лікування за призначенням спеціаліста третинного рівня та продовження лікування патологічних змін з боку інших органів і систем</p>	<p>нападами, або максимально зменшує їх частоту та пригнічує епілептичну активність головного мозку</p>	<p>чинника, який привів до розвитку епілепсії (за можливості)</p> <p>5. Лікування супутніх захворювань</p>
<p><b>3.2. Вторинна профілактика</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Пацієнти з епілепсією потребують диспансеризації</li> </ul>	<p>Основним напрямком профілактики є вилучення факторів провокації епілептичних нападів, запобігання ускладнень захворювання і профілактика побічної дії ПЕП.</p>	<p><b>Необхідні:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Заповнення Карти диспансерного спостереження (Форма 30)</li> <li>2. Підготовка і дотримання Плану диспансерного спостереження (форма 025-о)</li> <li>3. Контроль за дотриманням режиму прийому ПЕП, запобігання факторів, що провокують епілептичні напади (вживання алкоголю, наркотичних та психоактивних речовин, препаратів, що стимулюють епілептогенез, дотримання режиму сну, запобігання ритмічної фотостимуляції), дотримання соціальних рекомендацій та рекомендацій по працевлаштуванню.</li> <li>4. Своєчасне скерування на третинний рівень для планового проведення високотехнологічних методів дослідження (ЕЕГ, МРТ, КТ, дослідження рівня ПЕП тощо.)</li> <li>5. Контроль зі сторони пацієнта або його родичів за частотою нападів у випадках неможливості повної ремісії. Спостереження зі сторони пацієнта або його родичів за</li> </ol>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p>регулярністю прийому ПЕП.  <b>Бажані:</b> Психосвітня робота з пацієнтом та його родиною, когнітивно-поведінкова та інші форми психотерапії з пацієнтом</p>
<p><b>Стационарне лікування</b>  <u>Початок епілептичних нападів, або не визначених пароксизмальних станів, частота й важкість яких є загрозовою для пацієнта</u></p> <p><u>Значне почастищення епілептичних нападів або посилення їх важкості.</u></p> <p><u>Розвиток епілептичного статусу</u></p>		<p><b>Обов'язкові:</b> Хворий госпіталізується в неврологічний стаціонар для проведення швидкого ретельного обстеження. Алгоритм обстеження такий же, як описано вище, однак його треба проводити в найбільш короткий термін, для визначення терапевтичної тактики. Призначення ПЕП першої лінії вибору відповідно до типу нападів. Навіть при незначних діагностичних складнощах – скерування на третинний рівень.</p> <p><b>Обов'язкові:</b> Госпіталізація в неврологічний стаціонар. Коли у клінічній картині нападів, або у постіктальному періоді домінують значні психічні порушення, можлива госпіталізація у психіатричний стаціонар (навіть первинна). При можливості – усунення чинників, які сприяли погіршенню стану. Корекція схеми ПЕП. Призначення препаратів для дезінтоксикації та десенсибілізації, осмотичних діуретиків, протинабрякових препаратів, гепатопротекторів.</p> <p><b>Бажані:</b> додаткове симптоматичне лікування та корекція психічних порушень</p> <p><b>Обов'язкові:</b> комплекс інтенсивної терапії у</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<p><u>Розвиток серйозних ускладнень протиепілептичної терапії.</u></p> <p>Розвиток психічних та поведінкових розладів</p>	<p>Потребують госпіталізації розлади, які супроводжуються:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) психомоторним збудженням</li> <li>2) дезорганізацією, затьмаренням свідомості</li> <li>3) соціально небезпечним змістом галюцинаторних та маячних переживань</li> <li>4) ауто- або гетеро агресивною поведінкою</li> <li>5) гострою та</li> </ol>	<p>відповідності до протоколів надання реанімаційної допомоги.</p> <p>Визначення показань до подальшого лікування у стаціонарі третинної МД (розвиток статусу у хворого без епілепсії в анамнезі, невстановлена причина статусу, тривалість більш 60 хвилин, неможливість проведення адекватних реанімаційних заходів, доцільність подальшого нейрохірургічного лікування).</p> <p><b>Обов'язкові:</b> Госпіталізація в неврологічний стаціонар.</p> <p>Препарати для дезінтоксикації та десенсибілізації, осмотичні діуретики, протинабрякові препарати, гепатопротектори. Корекція схеми ПЕП.</p> <p>При подовжених симптомах інтоксикації та необхідності значної корекції схеми ПЕП скерування на третинний рівень.</p> <p><b>Бажані:</b> Використання обмінного плазмаферезу.</p> <p><b>Обов'язкові:</b> Призначення відповідно до показань АП, АД, анксиолітиків, засобів для лікування деменцій та когнітивних розладів.</p> <p>При відсутності психіатричного стаціонару на II рівні МД – госпіталізація у ЗОЗ III рівню МД.</p> <p><b>Бажані:</b> психотерапія (РП, СП, КБТ) відповідно до показань</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	вираженою продуктивною психопатологічною симптоматикою	

### 3.4 Для установ, що надають третинну амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу (високоспеціалізована неврологічна допомога)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<b>1. Діагностика</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Збір анамнезу</li> <li>• Фізикальне обстеження</li> <li>• Лабораторна діагностика</li> <li>• ЕКГ</li> <li>• Нейровізуалізація МРТ головного мозку</li> <li>• ЕЕГ з можливістю подальшого моніторингу</li> <li>• Тривалий моніторинг АТ</li> <li>• Тривалий моніторинг ЕКГ (за показаннями)</li> <li>• Консультації психіатра (за показаннями)</li> <li>• Консультація лікаря-психолога (за показаннями)</li> <li>• Консультація нейрохірурга (за показаннями)</li> </ul>	<p>Метою діагностики є встановлення діагнозу «епілепсія», типів епілептичних нападів та форми епілепсії.</p> <p>Також, встановлення етіології захворювання, клінічно важливих коморбідних станів.</p> <p>Діагностика епілепсії проводиться тільки в спеціалізованих неврологічних ЗОЗ. До психіатричних ЗОЗ скеровуються тільки пацієнти, що мають значимі психотичні порушення, в усіх інших випадках лікування епілепсії проводить лікар-невролог із залученням психіатра за медичними показаннями.</p> <p>Для діагностики та диференційної</p>	<p><b>Обов'язкові:</b> клінічна діагностика, ЕЕГ (фоновий запис не менше 20 хвилин з наступними функціональними пробами), МРТ головного мозку), КТ – ангіографія (з контрастним підсиленням)/ МРТ- в судинному режимі,</p> <p>Особливості збору анамнезу:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обставини виникнення першого (та інших) нападів</li> <li>• Анамнез життя (по можливості включаючи ранній анамнез), наявність в анамнезі родової травми або іншої важкої патології ЦНС в ранньому дитинстві; наявність в дитячому віці пароксизмальних станів: фебрильних судом, інших порушень свідомості; наявність в анамнезі втрати чи порушень свідомості; станів звуженої свідомості, немотивованих фобій та психомоторних збуджень,</li> </ul>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	<p>діагностики епілептичних та неепілептичних пароксизмальних станів (додаток 3) лікуючий невролог/психіатр має використовувати сучасні нейрофізіологічні та нейровізуалізаційні методи дослідження, а також мати змогу консультувати хворого в інших спеціалістів для виключення неепілептичного характеру пароксизмальних порушень та діагностики низки супутніх патологічних станів</p>	<p>особливо у ночі, транзиторних порушень мови, енурезу</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обставини життя і роботи (контакт з токсичними факторами, підвищений ризик травмування та ін.)</li> <li>• Сімейний анамнез (наявність пароксизмальних порушень у рідних)</li> </ul> <p>Фізикальне обстеження хворого для виключення (або підтвердження) наявності соматичної патології, що могла призвести до виникнення нападів. Поглиблене неврологічне дослідження в динаміці.</p> <p>Лабораторні методи обстеження:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Загальний аналіз крові (гемоглобін, гематокрит, лейкоцитарна формула, кількість тромбоцитів, згортання крові) (якщо не зроблено на вторинному рівні)</li> <li>• Загальний аналіз сечі (білок, глюкоза, мікроскопія, кетони, домішки крові).</li> <li>• Б/х аналіз крові з визначенням: рівня глюкози, рівня кальцію, , рівнів калію і натрію, АСТ, АЛТ, білірубіну, креатиніну, лужної фосфатази, гамаглутаматамінотрансферази, електролітів, білку, сечовини, амілази, церулоплазміну, молочної кислоти</li> <li>• Показники гормонального статусу (після консультації ендокринолога за потребою)</li> </ul>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• генетичне консультування</li> </ul> <p><b>ЕЕГ</b> дослідження, не менше 20 хвилин запису.</p> <p><b>Нейровізуалізація МРТ:</b> дослідження у режимах T1 и T2 с застосуванням тонких E-1 мм безперервних зрізів в коронарній проекції. Огляд очного дна (при наявності показань) Направлення на консультацію до нейрохірурга (при наявності структурних змін головного мозку, резистентності до медикаментозного лікування). Консультація психіатра проводиться за показаннями (наявність значимих психотичних, когнітивних, мнестичних змін та виражених специфічних змін особистості)</p> <p><b>Бажані:</b> <b>Тривалий моніторинг АТ:</b> можлива заміна моніторингу регулярним вимірюванням АТ через рівні інтервали з обов'язковим вимірюванням у момент клінічного погіршення, але інформативність такого вимірювання істотно нижча, ніж моніторингу.</p> <p><b>ЕЕГ-моніторинг.</b> <b>ЕКГ</b>–моніторинг при підозрі на кардіогенні пароксизми. Дослідження плазмоконтрації ПЕП в крові (за показаннями)</p> <p><b>Нейровізуалізація:</b> При негативному результаті МРТ головного мозку проводити МРТ дослідження на апараті з напруженою магнітним полем не менше 1,5 Т.</p>



Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p>Дослідження стану судинної системи мозку: МРТ в ангіографічному режимі, а за необхідності проведення ангіографії.</p> <p><b>Ультразвукове транскраніальне доплерографічне</b> дослідження повинне проводитися в каротидному і базилярному басейнах з пред'явленням адекватних функціональних навантажень.</p> <p><b>Отоневрологічне</b> обстеження (за показаннями).</p> <p>Поглиблене <b>ендокринологічне обстеження</b> за наявності показань.</p> <p>Психологічне і психодіагностичне (патопсихологічне, нейропсихологічне) обстеження проводиться за показаннями (бажано)</p>
<b>3. Методи лікування</b>		
<p><b>3.1. Медикаментозне лікування</b></p> <p><b>Дебют хвороби</b> (підозра на епілепсію, первинна діагностика) чи <b>поновлення</b> нападів після ремісії є показання для консультування на III рівні ОМД.</p> <p><b>Лікування:</b> підбір, початок/корекція медикаментозного лікування. Контроль ефективності лікування. Скерування на диспансерне спостереження лікарем-</p>	<p>Лікування епілепсії проводиться тільки в спеціалізованих лікарняних закладах: неврологічних, а за показаннями – в психіатричних закладах.</p> <p>Лікування повинно бути тривалим, безперервним, адекватним щодо типу нападів та форми епілепсії і таким, що досягає контролю над</p>	<p><b>Обов'язкові:</b> призначення ПЕП першої та другої лінії вибору відповідно до типу нападів при неефективності монотерапії призначається політерпія (Таблиця додається)</p> <p><b>Необхідні:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Призначення адекватних для типу нападів та форм епілепсії ПЕП в рекомендованих терапевтичних дозуваннях.</li> <li>2. Лікування етіологічного</li> </ol>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<p>неврологом II рівня МД. При наявності показань за результатами обстеження на амбулаторному етапі – госпіталізація (Початок епілептичних нападів, або не визначених пароксизмальних станів, частота й важкість яких є загрозовою для пацієнта; розвиток психічних та поведінкових розладів при неефективності або неможливості лікування на II рівні.</p> <p><b>Фармакорезистентна епілепсія</b>  <b>Лікування:</b> корекція лікування протиепілептичними препаратами. Визначення показань до стаціонарного лікування (значне почастішання епілептичних нападів або посилення їх важкості; розвиток епілептичного статусу, який не куповано на II рівні; розвиток серйозних ускладнень протиепілептичної терапії).</p> <p><b>Визначення показань до нейрохірургічного лікування.</b></p>	<p>нападами, або максимально зменшує їх частоту та пригнічує епілептичну активність головного мозку. Лікування завжди починається з монотерапії препаратом першої лінії вибору. Політерапія призначається після неефективного лікування двома препаратами першої лінії вибору в максимально переносимих дозуваннях. Неефективність терапевтичних заходів є показанням до нейрохірургічного лікування. Показаннями для скерування на III рівень МД є епілепсія, що характеризується рецидивуванням, резистентністю, ускладненнями, низькою прихильністю до терапії, нестійкою трудовою та соціальною адаптацією, частими госпіталізаціями на II рівні МД та соціально небезпечними діями.</p> <p>Після встановлення діагнозу «епілепсія» обов'язковою є консультація</p>	<p>чинника, який привів до розвитку епілепсії (за можливості)  3. Рекомендації щодо лікування супутніх захворювань</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<p><b>Ускладнення</b> протиепілептичної терапії:</p>	<p>нейрохірурга в наступних випадках: наявність морфологічного вогнища при проведенні томографії у пацієнтів в дебюті епілепсії; динаміка морфологічного вогнища при проведенні динамічного дослідження томографії у пацієнтів з довготривалою епілепсією; фармакорезистентність епілепсії. Важливо встановити зв'язок того чи іншого ускладнення з прийомом конкретного ПЕП, чи їх комбінації.</p>	<p><b>Обов'язкові:</b> Препарати для дезінтоксикації та десенсибілізації, осмотичні діуретики, протинабрякові препарати, гепатопротектори. Корекція схеми ПЕП. При неможливості амбулаторного лікування - госпіталізація в неврологічний стаціонар. При наявності психічних ускладнень призначення за необхідності відповідно до показань АП та анксиолітиків, можлива госпіталізація в психіатричний стаціонар.</p>
<p><b>3.2. Вторинна профілактика</b></p>		<p>Рекомендації з диспансерного спостереження на вторинному рівні</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<p><b>Стационарне лікування –</b> згідно з показаннями до стационарного лікування на третинному рівні + нейрохірургічна стационарна допомога</p> <p><b>Початок епілептичних нападів, або не визначених пароксизмальних станів, частота й важкість яких є загрозовою для пацієнта</b></p> <p><b>Значне почастищення епілептичних нападів або посилення їх важкості</b></p> <p><b>Розвиток серйозних ускладнень протиепілептичної терапії</b></p>	<p>Пацієнт скеровується на третинний рівень навіть при незначних діагностичних складнощах, коли пацієнт потребує додаткового спеціалізованого обстеження.</p> <p>Значне почастищення епілептичних нападів або посилення їх важкості. Потребує стационарного лікування на третинному рівні коли не можна проводити таке лікування амбулаторно, терапія на вторинному рівні була неефективною, та у випадках, коли пацієнт вимагає додаткового спеціалізованого обстеження</p> <p>Тільки при подовжених симптомах інтоксикації та необхідності значної корекції схеми ПЕП можливо скерування на третинний рівень.</p>	<p>Хворий госпіталізується в неврологічний стаціонар для проведення швидкого ретельного обстеження. Алгоритм обстеження такий же, як описано вище, однак його треба проводити в найбільш короткий термін, для визначення терапевтичної тактики. Призначення ПЕП першої лінії вибору відповідно до типу нападів.</p> <p><b>Обов'язкові:</b> Госпіталізація в неврологічний стаціонар. Коли у клінічній картині нападів, або у постіктальному періоді домінують значні психічні порушення, можлива госпіталізація у психіатричний стаціонар (навіть первинна). При можливості – усунення чинників, які сприяли погіршенню стану. Корекція схеми ПЕП. Призначення препаратів для дезінтоксикації та десенсибілізації, осмотичних діуретиків, протинабрякових препаратів, гепатопротекторів. Додаткове симптоматичне лікування та корекція психічних порушень</p> <p><b>Обов'язкові:</b> Госпіталізація в неврологічний стаціонар. Препарати для дезінтоксикації та десенсибілізації, осмотичні діуретики, протинабрякові препарати, гепатопротектори. Корекція схеми ПЕП. При наявності психічних</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<p><b>Розвиток психічних та поведінкових розладів</b></p> <p><b>Розвиток епілептичного статусу</b></p>	<p>Розвиток психічних та поведінкових розладів, які супроводжуються:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) психомоторним збудженням</li> <li>2) дезорганізацією, затьмаренням свідомості</li> <li>3) соціально небезпечним змістом галюцинаторних та маячних переживань</li> <li>4) ауто- або гетеро агресивною поведінкою</li> <li>5) гострою та вираженою продуктивною психопатологічною симптоматикою</li> <li>6) неможливістю забезпечення життєдіяльності, надання допомоги пацієнту з боку родичів</li> </ol> <p>Показання до подальшого лікування у стаціонарі III рівня МД (після II рівня) - розвиток статусу у хворого без епілепсії в анамнезі, невстановлена причина статусу, тривалість більш 60 хвилин,</p>	<p>ускладнень призначення за необхідності відповідно до показань АП та анксиолітиків, можлива госпіталізація в психіатричний стаціонар.</p> <p><b>Бажані:</b> Використання обмінного плазмаферезу (за показаннями)</p> <p><b>Обов'язкові:</b> Призначення відповідно до показань АП, АД, анксиолітиків, засобів для лікування деменцій та когнітивних розладів</p> <p><b>Бажані:</b> психотерапія (РП, СП, КБТ) відповідно до показань</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Терапії раннього ЕС</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Діазепам 20 мг (4 мл 0,5 % розчину) внутрішньо</li> <li>– Можливе застосування осмотичних діуретиків</li> </ul> </li> <li>• <b>Лікування на стадії розгорнутого ЕС</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Діазепам до 40 мг (8 мл 0,5 % розчину),</li> <li>– Вальпроєвая кислота до 1500 мг внутрішньо капельно (струйно не більше 500мг)</li> <li>– Можливе застосування осмотичних діуретиків та інших противонабрячних</li> </ul> </li> </ul>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	<p>неможливість проведення адекватних реанімаційних заходів, доцільність подальшого нейрохірургічного лікування.</p> <p>Лікування має проводитися у реанімаційному відділенні лікрем реаніматологом. Окрім рекомендацій що надані має проводитися комплекс загально-реанімаційних заходів.</p>	<p>засобів</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Можливе застосування нейропротекторів</li> <li>–При необхідності - профілактика кардіореспіраторних, автономних, метаболічних і системних ускладнень</li> </ul> <p><b>• Лікування на стадії резистентного ЕС</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Проводиться внутрішньовенний наркоз, бажано з виконанням повторної ЕЕГ або ЕЕГ-відеомоніторингу. Найбільше доцільно є використання препаратами є, пропофол або тіопентал,. Можливо використання засобів для інгаляційного наркозу.</li> <li>–Діазепам до 60 мг (12 мол 0,5 % розчину) у добу,</li> <li>–Вальпроева кислота до 4000 мг у добу внутрієнно капельно (струйно не більше 500мг однократно)</li> <li>–Застосування осмотических діуретиків та інших противонабрячних засобів</li> <li>–Застосування нейропротекторів</li> <li>–Профілактика й лікування кардіореспіраторних, автономних, метаболічних і системних ускладнень</li> <li>– Можливе застосування гіпотермії</li> </ul>
<p><b>Рекомендації при виписуванні зі стаціонару</b></p>	<p>Епілепсія є хронічним захворюванням, що потребує тривалого безперервного лікування протиепілептичними препаратами; також</p>	<p>Надання рекомендацій з диспансерного спостереження на вторинному рівні (див. вище)</p> <p><b>Обов'язкові:</b> Чітка і зрозуміла для пацієнта та його родичів</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	суттєво впливає на рівень соціального функціонування хворих.	схема довготривалого прийому протиепілептичних препаратів (з зазначенням назви препарату, дози і кратності прийому). Чітка і зрозуміла для пацієнта та його родичів схема прийому інших препаратів (нейрометоболічних, антипсихотичних, антидепресантів тощо) із зазначенням дози, кратності та тривалості прийому. Лабораторна діагностика 1 раз на 6 місяців (аналіз крові клінічний з тромбоцитограмою, аналіз сечі клінічний, печінкові проби), Скерування для постійного нагляду спеціалісту неврологу, за показаннями - психіатру. Соціальні поради та рекомендації по працевлаштуванню. Обов'язкове ведення хворим щоденника нападів та стану здоров'я
<b>Реабілітація та вторинна і третинна профілактика</b>	Рекомендації по диспансерному спостереженню на II рівні та розробка комплексу заходів зі своєчасної додаткової діагностики, призначення адекватної терапії і їх своєчасного перегляду. Задовольняння потреб хворих соціально - психологічної адаптації, в зв'язку із стигматизуючим впливом захворювання на оточуючих та уяву	<b>Контроль</b> диспансерного спостереження на II рівні щоквартально, ЕЕГ обстеження 1 раз на 6 міс., МРТ головного мозку 1 раз на 1-3 роки, лабораторна діагностика 1 раз на 6 місяців (аналіз крові клінічний з тромбоцитограмою, аналіз сечі клінічний, печінкові проби) – при неможливості забезпечення на II рівні. Психологічна допомога. Забезпечення можливості швидкого звернення у разі погіршення стану здоров'я на III рівень.

<b>Положення протоколу</b>	<b>Обґрунтування</b>	<b>Необхідні дії</b>
	про захворювання самого пацієнта	Консультація суміжних спеціалістів, які неможливо забезпечити на II рівні.



#### IV. Опис етапів медичної допомоги

##### ***Класифікація епілепсій та епілептичних синдромів***

У клінічній діагностиці захворювання необхідно використовувати класифікацію епілепсій і епілептичних синдромів Міжнародної протиепілептичної Ліги (ILAE) 1989 р., що була прийнята Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). (Додаток 1)

В основу класифікації покладено два принципи: етіологічний та локалізаційний.

За етіологією всі епілепсії і синдроми поділяють на:

*Симптоматичні епілепсії та епілептичні синдроми* – наслідок або прояв захворювань ЦНС, є найбільш частими формами епілепсії у дорослих. Патологічний субстрат може бути дифузним (аноксія), мультифокальним (енцефаліт), фокальним (абсцес);

*Ідіопатичні епілепсії та епілептичні синдроми* – характеризуються як захворювання, які не викликані очевидними причинами, за винятком генетичної обумовленості. Характерний дебют у визначеному віці, чітко визначені клінічні та електроенцефалографічні характеристики.

*Криптогенні епілепсії та епілептичні синдроми* – це захворювання з невстановленою, “прихованою” причиною. Останнім часом пропонується замінити термін на “можливо симптоматичні”, оскільки більшість форм можна віднести до симптоматичних епілепсій і епілептичних синдромів. Від ідіопатичних відрізняються відсутністю певних вікових і електроклінічних характеристик.

##### ***Епілепсії та епілептичні синдроми за локалізацією поділяються на:***

1. Локалізаційно обумовлені (фокальні, парціальні), які характеризуються нападами, що мають осередковий (фокальний) початок.
2. Генералізовані, які характеризуються нападами із дифузним двобічним залученням півкуль мозку.
3. Епілепсії та епілептичні синдроми, які неможливо визначити, як фокальні або генералізовані.
4. Спеціальні синдроми.

Для визначення форми епілептичного захворювання необхідне визначення типу епілептичних нападів. Для правильної верифікації епілептичних нападів ILAE була рекомендована наступна діагностична схема (ILAE, 2001):

- Іктальна феноменологія (зі словника іктальної термінології).
- Тип нападу (ILAE, 1981). (Додаток 2)
- Синдром - з переліку епілептичних синдромів (ILAE, 1989).
- Етіологічний діагноз.
- Ступінь функціональних порушень (відповідно до ICIDH-2 ВООЗ).

**ЕЕГ дослідження** має відповідати мінімальним стандартам Міжнародної протиепілептичної ліги:

- а) не менш ніж 12 каналів запису одночасно,

б) розміщення електродів за системою 10-20,

в) наявність додаткових каналів для моніторингу ЕКГ, дихання, міограми, руху очей,

г) аналіз не менш ніж 20 хвилин якісного запису фонової ЕЕГ,

д) можливість проведення функціональних навантажень - гіпервентиляції, фотостимуляції, звукової стимуляції з паралельною реєстрацією ЕЕГ.

Представлені вище стандарти є обов'язковими для традиційної ЕЕГ у хворих на епілепсію чи при диференціальній діагностиці епілепсії. При недостатній інформативності рутинної ЕЕГ вдаються до ЕЕГ-моніторингу та ЕЕГ-відеомоніторингу.

При встановленні епілептичного характеру нападу (Додаток 3) необхідно по можливості:

- встановити причину нападу,
- встановити тип епілептичного нападу,
- вирішити питання про лікування, в т.ч. призначення ПЕП
- обрати ПЕП.

Таблиця 1

**Застосування протиепілептичних препаратів у залежності від типу нападів**

<b>Тип нападу</b>	<b>1-ша лінія</b>	<b>2-га лінія</b>	<b>Можливість застосування</b>	<b>ПЕП протипоказані для застосування</b>
Генералізовані тоніко-клонічні, тонічні, клонічні	Вальпроєва кислота, ламотриджин	карбамазепін, леветірацетам окскарбазепін топірамат, фенобарбітал,	габапентин, прегабалін, Фенітоїн	При наявності абсансів, міоклоній, підозра на ЮМЕ: Карбамазепін окскарбазепін Фенітоїн,

				габапентин, прегабалін
Міоклонічні	Вальпроєва кислота, Леветірацетам Топірамат	Клоназепам	ламотриджин, Пірацетам Фенобарбітал	Карбамазепін окскарбазепін Фенітоїн, габапентин, прегабалін. підозра на ЮМЕ - ламотриджин
Абсанси	Вальпроєва кислота, етосуксимід	Ламотриджин, Леветірацетам Клоназепам,	Топірамат	Карбамазепін окскарбазепін Фенітоїн, габапентин, прегабалін
Парціальні	Вальпроєва кислота, ламотриджин, леветірацетам карбамазепін, окскарбазепін топірамат,	Фенітоїн, лакозамід	Прегабалін Габапентин Фенобарбітал клоназепам	
Вторинно генералізовані	Вальпроєва кислота, ламотриджин, карбамазепін, окскарбазепін леветірацетам топірамат	Фенітоїн, лакозамід	Прегабалін Габапентин Фенобарбітал клоназепам	
Недиференційо- вані	Вальпроєва кислота топірамат	Ламотриджин, леветірацетам	Фенобарбітал,	

### **Початок і принципи лікування хворих на епілепсію**

Початок лікування пацієнтів з епілепсією можливий лише у випадках, коли є впевненість в тому, що напади є епілептичними.

Наявність у пацієнта двох і більше епілептичних нападів вимагає початку лікування протиепілептичними препаратами.

Якщо у пацієнта виявлена етіологія розвитку епілепсії, у випадках встановлення діагнозу або відповідності симптоматики діагностичним критеріям МКХ необхідно здійснювати заходи, спрямовані на усунення етіологічного чинника, вона повинна бути усунена (якщо це можливо) хірургічним або терапевтичним шляхом, таке лікування має бути проведено навіть при ефективності ПЕП. Пошук

етіології епілепсії не повинен припинятися після початку лікування ПЕП навіть у разі його успішності.

Розвиток лише одного епілептичного нападу робить необхідність здійснення вищеприписаного діагностичного стандарту і потребує диференційованого підходу до початку лікування ПЕП.

При розвитку епілептичного нападу на фоні гострої патології ЦНС діагноз епілепсії не встановлюється. В таких випадках, згідно з рекомендаціями Міжнародної протиепілептичної ліги (2009), діагностується гострий симптоматичний епілептичний напад (ГСЕН). Визначення: ГСЕН – це клінічний напад, який виникає під час системного патологічного стану або в тісній часовій кореляції із задокументованим мозковим захворюванням. (ГСЕН в межах 1 тижня після інсульту, ЧМТ, аноксичної енцефалопатії, або інтракраніального хірургічного втручання, при субдуральній гематомі, в активній фазі інфекції ЦНС, при загостренні розсіяного склерозу або іншого аутоімунного захворювання, при наявності важких метаболічних порушень, підтверджених специфічними біохімічними і гематологічними аналізами в межах 24 год., при наркотичній і алкогольній інтоксикації (або припиненні вживання), або при вживанні епілептогенних (проконвульсивних) лікарських засобів).

*Ситуації, які не потребують призначення антиконвульсантів після 1-го епілептичного нападу*

- Молодий вік і відсутність факторів ризику розвитку епілепсії.
- Неускладнена вагітність і відсутність факторів ризику розвитку епілепсії.
- Гострий симптоматичний припадок.
- Припадок, спровокований тривалою депривацією сну.

*Ситуації, що вимагають обов'язкового призначення антиконвульсантів після 1-го епілептичного нападу*

- Дебют з епілептичного статусу.
- Упевненість в дебюті ідіопатичної генералізованої епілепсії.
- Доведена наявність епілептичних нападів в анамнезі.
- Наявність актуальної неврологічної патології, що викликає напад

*Призначення антиконвульсантів можливе і доцільне після розвитку першого нападу при поєднанні 2-х і більше ознак, викладених нижче:*

- однозначні епілептиформні зміни на ЕЕГ;
- наявність родової травми або дані про важку органічну патологію ЦНС в ранньому дитинстві;
- наявність у дитячому та підлітковому віці «епілептичних стигм»;
- обтяжливий сімейний анамнез по епілепсії;
- важкий характер нападів, розвиток яких загрожує життю або здоров'ю хворого;
- наявність епілептичних змін особистості;
- наявність в анамнезі періодів або станів, які можна розглядати як їх психічні еквіваленти;
- неприпустимість розвитку повторного нападу для пацієнта

*Якщо прийнято рішення починати лікування, вибір ПЕП препаратів повинен здійснюватися з урахуванням нижчезазначених клініко-соціальних особливостей.*

1. Тип нападу.
2. Синдром епілепсії.

3. Стать хворого.
4. Супутні захворювання.
5. Вік хворого.
6. Соціальна та економічна ситуація.

Лікування пацієнтів з епілепсією починають з монотерапії препаратом першої лінії вибору, ефективність якого оцінюють протягом періоду не менше 3 місяців після досягнення терапевтичної дози препарату. Оцінка ефективності протягом меншого періоду часу не дозволяє визначити ефективність ПЕП, і призводить до частой їх зміни і розвитку вторинної фармакорезистентності.

При виборі ПЕП першої лінії необхідно пам'ятати про найбільш часті побічні ефекти, які можуть погіршити якість життя хворих більшою мірою, ніж наявність епілептичних нападів. Препарат обирається залежно від статі, віку та соціального функціонування пацієнта.

При ефективності першого призначення ПЕП його рекомендують вживати тривало в терапевтичних дозах протягом мінімум 2-3 років. При неефективності першого ПЕП в якості монотерапії, призначають інший препарат першої лінії вибору у вигляді монотерапії. Для цього другий препарат доводять до терапевтичної дози і лише потім поступово відміняється перший неефективний ПЕП. При ефективності терапевтичних доз другого ПЕП, його також призначають тривало і безперервно протягом мінімум 2-3 років. Якщо у хворого, який приймає лише один препарат першої лінії вибору, частота та важкість нападів суттєво знижує якість соціального функціонування, то при неефективності першої монотерапії можливий перехід на лікування двома ПЕП.

При неефективності монотерапії другим ПЕП перехід на прийом наступного препарату в якості монотерапії можливий лише при дуже рідких нападах. Зазвичай переходять на терапію двома ПЕП. З перших двох препаратів обирають той, який був більш ефективним і краще переноситься хворими. До нього додають препарат 1-ї або 2-ї лінії вибору, можлива комбінація раніше призначених ПЕП, або одного з них, з будь-яким препаратом 1-ї або 2-ї лінії вибору з урахуванням їх фармакокінетичних і фармакодинамічних взаємодій (Таблиця 2). Дози препаратів повинні бути не нижче терапевтичних. При неефективності терапії двома ПЕП, продовжують підбір схеми спочатку з 2-х, а потім з 3-х ПЕП, які ефективні для лікування того чи іншого типу нападів. При цьому в комбінації повинен бути присутнім препарат з колонки - резистентність.

Комбінації більше 3-х ПЕП вважаються неефективними через неможливість оцінити їх взаємодію з неминучою сумацією побічних ефектів.

Тип нападу є одним з основних критеріїв вибору ПЕП у дорослих, оскільки встановити синдром епілепсії у них часто буває неможливим. ПЕП необхідно призначати в дозах не нижче терапевтичних з адекватною для кожного препарату кратністю прийому. Це дозволить підтримувати стабільну концентрацію препарату в плазмі крові і уникнути піків концентрації, під час яких можлива поява дозозалежних ефектів або падіння концентрації ПЕП, що призводить до різкого зниження їх ефективності та можливості декомпенсації епілепсії.

Таблиця 2

## **Фармакокінетична взаємодія протиепілептичних препаратів**

ВЛИВАННЯ НА АЗП	AZM	BZD	CBZ	ESM	GBP	LEV	LTG	PB	PGB	PHT	TPM	VPA	OCZ
AZM								↓					
BZD	↓						↓	↓↑					
CBZ	!↑							↓		↓		↓↑	
ESM								↓		↓			
GBP													
LEV			↓					↓		↓			
LTG			↓					↓		↓		↑↑	↓
PB	!↑		↓								↑	↑↑	
PGB	!↑		↓										
PHT		↑	↓↑					↓↑			↑	↑	
TPM			↓					↓		↓			
VPA	↑		↓↓	↓				↓↓		↓↓			↓
OCZ													↓

Умовні позначення:

AZM - ацетазоламід  
 BZD - бензодіазепіни  
 CBZ - карбамазепін  
 ESM - етосуксемід  
 GBP - габапентин  
 LEV - леветірацетам  
 LTG - ламотриджин

PB - фенобарбітал  
 PGB - прегабалін  
 PHT - феноїтоин  
 TPM - топірамат  
 VPA – вальпроєвая кислота  
 OCZ - окскарбазепін

#### Добові дози ПЕП, зареєстрованих в Україні:

Вальпроат 500-3000 (1000) мг/добу  
 Карбамазепін 400-2000 (600-800) мг/добу  
 Фенобарбітал (бензобарбітал, гексамідин) 60-240 (120) мг/добу  
 Фенітоїн 100-700 (300) мг/добу  
 Ламотриджин 100-800 (200-400) мг/добу  
 Топірамат 100-1000 (200-400) мг/добу  
 Клоназепам 2-8 (2-4) мг/добу  
 Етосуксимід 500-2000 (1000) мг/добу  
 Габапентин 1200-4800 (2400) мг/добу  
 Прегабалін 150-600 (300-450) мг/добу  
 Леветірацетам 1000-4000 (2000-3000) мг/добу  
 Окскарбазепін 300-2400 (900-1200) мг/добу  
 Лакозамід 100-400 (200-300) мг/добу  
 У дужках вказані найбільш часто вживані дози ПЕП.

При призначенні ПЕП необхідно пам'ятати, що тільки вальпроати і топірамат діють на всі типи нападів, в той же час карбамазепін і дифенін можуть спровокувати або зробити частішими абсанси і міоклонічні напади.

Ламотриджин може викликати або ускладнити перебіг міоклонічних нападів.

Карбамазепін, дифенін, габапентин і прегабалін показали свою ефективність лише у пацієнтів з парціальними нападами з або без вторинної генералізації.

Етосуксимід має клінічний ефект при абсансах, але може спровокувати розвиток первинно-генералізованихпадів.

Призначення фенобарбіталу та клоназепаму може спровокувати розвиток атонічнихпадів.

Крім цього всі протиепілептичні препарати мають цілий ряд побічних ефектів, які необхідно враховувати при виборі ПЕП в клінічних ситуаціях, коли їх ефективність однакова (див. табл. 1).

Ефективність лікування епілепсії оцінюється, в першу чергу, ступенем зменшення частотипадів у пацієнтів, і логічною метою терапії епілепсії є досягнення контролюпадів шляхом призначення одного або декількох ПЕП без розвитку їх побічних ефектів. При неможливості домогтися контролюпадів, необхідно прагнути до максимально можливого скорочення їх частоти з мінімальною кількістю побічних дій ПЕП. Крім частотипадів, необхідно також враховувати динаміку психопатологічних симптомів.

Оскільки епілепсія є хронічним захворюванням, що вимагає тривалої безперервної терапії, то ці хворі потребують тривалого диспансерного спостереження, яке повинно починатися відразу після постановки діагнозу «епілепсія». Спостерігати хворих на епілепсію без психічних порушень повинен невролог, і тільки при наявності у хворого психічних порушень вони повинні проходити диспансерне спостереження у психіатра. Необхідно відзначити, що остаточний вибір повинен мати хворий.

**Пацієнти з епілепсією потребують диспансерного спостереження за стандартами, викладеними нижче.**

- Консультація фахівця, що спостерігає, 1 раз на 3 міс.
- ЕЕГ обстеження не рідше 1 раз на 6 міс.
- МРТ головного мозку 1 раз на 1-3 роки
- Консультація невролога і/або психіатра 1 раз в рік залежно від спеціальності лікаря, що спостерігає хворого.
- Лабораторна діагностика 1 раз на 6-12 міс:
- Аналіз крові клінічний - гемоглобін, гематокрит, лейкоцитарна формула, кількість тромбоцитів.
- Аналіз сечі клінічний - білок, глюкоза, мікроскопія.
- Біохімічний аналіз крові - електроліти, білок, сечовина, трансамінази, лужна фосфатаза, креатинін, вміст фолієвої кислоти.
- Контроль з боку пацієнта або опікуна за частотоюпадів, у разі неможливості повної ремісії – ведення щоденникападів
- Контроль з боку пацієнта або опікуна за регулярністю прийому ПЕП

- Можливість швидкого звернення за медичною допомогою у разі погіршення стану здоров'я.

Після встановлення діагнозу «епілепсія» обов'язковою є консультація нейрохірурга в наступних випадках: наявність морфологічного вогнища при проведенні томографії у пацієнтів у дебюті епілепсії; динаміка морфологічного вогнища при проведенні динамічного дослідження томографії у пацієнтів з довготривалою епілепсією; фармакорезистентність епілепсії.

До нейрохірурга скеровується кожен пацієнт відразу після виявлення морфологічного осередкового ураження мозку для вирішення питання про уточнення діагнозу і вирішення питання про доцільність хірургічного лікування. Після оперативного лікування спостерігається нейрохірургами і при збереженні нападів призначається терапія ПЕП. При недоцільності оперативного лікування – призначення ПЕП з подальшим контролем динаміки вогнища і визначення його ролі в епілептогенезі.

Робоча група ILAE в 2010 р. сформулювала визначення фармакорезистентної епілепсії – це невдача адекватного лікування двома переносимими, відповідно обраними і використаними лікарськими засобами. При цьому мова може йти лише про адекватні препарати або їх комбінації в адекватних дозах.

Успішним лікування вважається тоді, коли повністю припиняються напади впродовж одного року або трьохкратного найдовшого міжприступного інтервалу під час активної фази епілепсії. Наприклад, якщо хворий мав напади що 6 місяців, то для висновку, що пацієнт є вільним від нападів, необхідно щоб принаймні 18 місяців (6х3) вони не виникали. Використання «правила 3-х» забезпечує 95% вірогідності. Виключенням можуть бути випадки, коли препарат відмінюють, не досягнувши клінічно ефективного дозування через побічні дії. Хоча препарат був відмінений, це сталося не через відсутність його ефективності щодо контролю нападів.

Консультація нейрохірурга при фармакорезистентній епілепсії обов'язкова в наступних випадках: наявність постійного вогнища епілептиформної активності при ЕЕГ дослідженні (навіть при рутинній ЕЕГ) у хворих з парціальними нападами; склероз гіпокампу; збіг локалізації стабільного морфологічного осередкового ураження мозку і вогнищевою епілептиформною активністю при ЕЕГ дослідженні; мономорфність рефрактерних комплексних парціальних нападів; прогресивне погіршення клінічного перебігу фокальної епілепсії.

Хворі на епілепсію мають на 25-30% меншу можливість завагітніти і виносити дитину, ніж жінки у загальній популяції.

Вагітність у жінок з епілепсією, по можливості, повинна бути планованою, в тому числі для врегулювання доз ПЕП, які в деяких випадках можуть бути зменшеними до мінімально ефективних. Під час вагітності не можна переривати лікування, особливо при наявності генералізованих судомних нападів, тому що ризик негативного впливу на плід, пов'язаний із виникненням приступів, є більшим, ніж ймовірність розвитку мальформацій через лікування. Фокальні напади, абсанси і



міоклонії не чинять такого негативного впливу на плід, якщо виключити можливість травмування вагітної.

Не слід змінювати призначений ПЕП, якщо хвора знаходиться в ремісії, оскільки це є предиктором відсутності нападів у значної більшості жінок і під час вагітності. Інколи можна здійснити перехід від прийому двох-трьох препаратів до монотерапії, яка є завжди кращим вибором. Переважно на останніх термінах вагітності виникає зниження рівня всіх ПЕП (особливо ламотриджину, леветірацетаму, фенітоїну), що потребує моніторингу їх концентрації в крові, яке проводиться до настання вагітності, а потім на початку кожного триместру і в останні 4 тижні до пологів. При частішанні нападів рекомендується підвищення доз ліків, або приєднання другого ПЕП.

Перевага надається препаратам із повільним вивільненням діючої речовини. Необхідно наполегливо рекомендувати вагітній відмовитись від паління (збільшення ризику передчасних пологів в 1,5 рази). Прийом антиконвульсантів повинен супроводжуватися призначенням фолієвої кислоти 4-5 мг на добу, особливо в першому триместрі. Фолієву кислоту також бажано вживати за місяць перед планованою вагітністю.

При компенсованому стані з ремісією нападів регулярність спостереження неврологом 1 раз на 2 міс., акушером-гінекологом – згідно з нормативами. При персистенції нападів регулярність спостереження неврологом – 1 раз на 1 міс.; акушером-гінекологом – 1 раз на 2 тижні. Динамічне УЗД плоду - при постановці на облік, на 19-21 тижні і в подальшому 1 раз на 4 тижні.

Епілепсія не є протипоказанням для пологів через природні пологові шляхи. Епілептичний статус, частішання епілептичних нападів у передпологовий період, прееклампсія з важким перебігом, а також негативна динаміка стану плода є показаннями до кесарського розтину. Медикаментозне ведення пологів та їх знеболення при епілепсії не відрізняються від звичних.

Застосування у матерів карбамазепіну, фенобарбіталу, дифеніну призводить до дефіциту вітаміну К у немовляти, і для профілактики крововиливів відразу після пологів рекомендується ввести дитині 1 мг цього вітаміну.

Відмова від грудного вигодовування немовляти є необґрунтованою, оскільки як під час вагітності попадання ліків у кров дитини звичайно є вищим, ніж з молоком матері. Провідні фахівці-епілептологи наполегливо рекомендують годування дитини материнським молоком, що необхідно здійснювати у положенні лежачи для того, щоб у випадку розвитку нападу уникнути травми. Прискіпливе клінічне спостереження необхідне для матерів, що вживають фенобарбітал, прімідон, етосуксимід через можливий розвиток інтоксикації у дитини (сонливість, поганий апетит, недостатня маса тіла).

Вади розвитку у дітей, народжених від матерів, що вживають антиконвульсанти, виникають вдвічі частіше, ніж в загальній популяції. Жодна вада розвитку не є специфічною для певного ПЕП. Найменший тератогенний потенціал мають карбамазепін, леветірацетам і ламотриджин, найвищий – препарати вальпроєвої кислоти (близько 10%). Ризик мальформацій значно зростає при вживанні двох-трьох ПЕП.

## Стаціонарне лікування пацієнтів на епілепсію

Стаціонарне лікування хворих на епілепсію може здійснюватися в неврологічних та психіатричних стаціонарах.

Показанням для проведення стаціонарного лікування є початок епілептичних нападів, або невизначених пароксизмальних станів, частота й важкість яких є загрозливою; розвиток епілептичного статусу; значне почастищення епілептичних нападів, або посилення їх важкості; розвиток серйозних ускладнень протиепілептичної терапії; розвиток психотичної симптоматики та психотичного розладу; розвиток «особливих станів свідомості», розвиток та прогресування непсихотичних психіатричних синдромів - деменції, депресії, тривожного розладу тощо.

Початок епілептичних нападів або невизначених пароксизмальних станів, частота і важкість яких є загрозливою.

Хворий госпіталізується в стаціонар для проведення швидкого ретельного обстеження. Алгоритм обстеження такий же, як описано вище, однак його треба проводити прискорено, для визначення терапевтичної тактики у найскоріший термін. До визначення остаточного діагнозу та терапевтичної тактики можливо проведення симптоматичного лікування, що спрямовано на припинення нападів і полегшення перебігу постіктального періоду. При призначенні симптоматичного лікування слід пам'ятати, що це може ускладнити вирішення діагностичних завдань. Госпіталізація доцільна в неврологічний стаціонар.

Препарати що можуть бути застосовані, та їх дозування. Препарати першої лінії вибору для лікування (табл. 1)

### Розвиток епілептичного статусу.

Епілептичний статус є невідкладним станом, лікування якого має проводитися у відділенні невідкладної допомоги згідно протоколу надання медичної допомоги при невідкладних станах.

### Значне почастищення епілептичних нападів або посилення їх важкості.

Слід визначити, що епілептичний напад є облігатним симптомом епілепсії і саме наявність, або відсутність нападів та їх частота є визначним для оцінки клінічного перебігу хвороби.

При значному збільшенні кількості епілептичних нападів в першу чергу потрібно встановити причини та чинники, які сприяли погіршенню стану (порушення режиму прийому ПЕП, порушення режиму роботи-відпочинку, сон-неспанья, вживання алкоголю, інтоксикації, призначення препаратів, які активують епілептогенез (див. Додаток 4), приєднання коморбідного захворювання). Якщо причину вдається встановити, її треба по можливості ліквідувати. Якщо встановити або ліквідувати причину погіршення стану неможливо, пацієнту змінюють схему

прийому ПЕП. Хворому або збільшують дози ПЕП, які приймалися на час погіршення стану, або призначають інші ПЕП, згідно з принципами, які викладені вище. Слід пам'ятати, що у випадках, коли причиною зростання частоти нападів є відміна чи зниження дози ПЕП, повернення до попередньої дози не завжди дозволяє покращити стан пацієнта.

Крім цього хворим можуть бути призначені ін'єкційні форми ПЕП, а також такі препарати, як осмотичні діуретики, засоби для дезінтоксикації, протинабрякові препарати. Госпіталізація доцільна в неврологічній стаціонар.

У випадках, коли у клінічній картині нападів, або у постіктальному періоді домінують значні психічні порушення, особливо такі, наявність яких загрожує пацієнту, чи особам, що його оточують, можлива госпіталізація у психіатричний стаціонар (навіть первинна). Розвиток «особливих станів свідомості» слід відносити саме до цих випадків, оскільки ці стани зазвичай мають іктальний або постіктальний характер.

#### Препарати, що можуть бути застосовані, та їх дозування

Діазепам 10-30 мг у розчині на добу, вальпроат натрію 500-1500 мг у розчині на добу, манніт 200 мл на добу, реосорбілакт 200-400 мл на добу, сірчанокисла магnezія 20% 5-20 мл на добу, L-лізіну есцинат 0,1% 5-15 мл на добу, дексаметазон 0,4% 1-2 мл на добу.

#### Розвиток серйозних ускладнень протиепілептичної терапії

Всі ПЕП можуть мати ті чи інші побічні ефекти. Необхідність стаціонарного лікування обумовлена, з одного боку, необхідністю терапії самого ускладнення, що виникло внаслідок прийому ПЕП, а з іншого, - необхідністю різкої відміни ПЕП, що може привести до суттєвого почастишання епілептичних нападів і навіть до розвитку епілептичного статусу.

Хворим призначають препарати для дезінтоксикації та десенсибілізації, осмотичні діуретики, протинабрякові препарати, гепатопротектори. При необхідності миттєвої відміни ПЕП хворому призначається інший ПЕП, згідно до принципів, які описані вище, призначення якого не вимагає довготривалої титрації дози і можливе початкове лікування з терапевтичної дози.

#### Лікування має проводитись в неврологічному відділенні.

#### Препарати, що можуть бути застосовані, та їх дозування.

Маніт 200 мл на добу, реосорбілакт 200-400 мл на добу, сірчанокисла магnezія 20% 5-20 мл на добу, дексаметазон 0,4% 1-2 мл на добу, протигістамінні препарати, есенціале 5-10 мл на добу, антраль 0,4 г на добу.

### **Діагностика психічних та поведінкових розладів у хворих на епілепсію**

В структурі клінічних проявів у хворих на епілепсію можуть розвиватися психічні та поведінкові розлади.

Класифікація психічних розладів при епілепсії за МКХ-10 представлена у додатку 5

Психічні та поведінкові розлади у хворих на епілепсію можуть проявитися у вигляді психотичних розладів, специфічних розладів особистості, когнітивних та мнестичних порушень та епілептичних нападів з порушенням психічних функцій.

### **Розвиток та прогресування непсихотичних психіатричних синдромів**

Критерії діагностики згідно МКХ-10 розділ F 06.

При розвитку депресії та тривоги терапія проводиться згідно протоколів лікування депресії та тривоги органічного генезу. Однак при виборі терапевтичної тактики слід урахувати наступні положення: бажано застосування антиконвульсантів з антидепресивною дією; при призначенні ПЕП необхідно пам'ятати про їх можливу депресивну дію; антидепресанти бажано призначати тільки при досягненні максимально можливої компенсації епілепсії; серед антидепресантів препаратами вибору є інгібітори зворотного захвату серотоніну; при призначенні лікування необхідно урахування взаємодії ПЕП та антидепресантів.

**Когнітивні розлади**, що формується на тлі епілепсії носять хронічний часто прогресуючий характер, проявляється порушенням низки вищих коркових функцій, включаючи пам'ять, мислення, орієнтування, розуміння, рахунок, здатність до навчання, мову, міркування. Свідомість у хворих збережена, порушенню когнітивних функцій передують зміни емоційного контролю, соціальної поведінки та мотивацій. Характер інтелектуального зниження залежить від соціального та культурного оточення, в якому мешкає людина.

**Психотичні розлади** при епілепсії носять характер гострих, затяжних та хронічних.

Гострі психотичні розлади перебігають із потьмаренням свідомості (сутінки, онейроїд, делірій, аменція) і без потьмаренням свідомості (гострі афективні й галюцинаторно-параноїдні стани).

Найбільш частою формою гострих психотичних розладів із потьмаренням свідомості є сутінковий стан свідомості, що розвивається після серії судомних нападів і супроводжується збудженням з емоційним напруженням та агресією. Для епілептичного онейроїду характерні яскраві фантастичні галюцинації, що супроводжуються різними емоційними переживаннями.

Найбільш частими затяжними психотичними розладами без потьмарення свідомості є депресивно-дисфоричні стани із тужливо-злісними настроєм відношення, переслідування, з підвищеною агресивністю і збудливістю. Рідше виникають депресивні стани із загальмованістю, а також гнівливі та «веселі» манії.

Епілептичні психотичні розлади в залежності від провідного синдрому проявляються у вигляді галюцинозу, кататонічного, паранойяльного, галюцинаторно-параноїдного, парафренного та афективного варіантів.

При епілептичних психотичних розладах у формі галюцинозу відзначаються яскраві зорові, а також слухові галюцинації у вигляді «окликів», незрозумілого гомону, звуків, голосів нерідко засуджуючого і імперативного характеру, які іноді супроводжуються вітальним страхом. Можуть відзначатися нюхові, тактильні галюцинації. Зазначені синдроми формуються на тлі різного ступеня вираженості психоорганічних синдромів і епілептичних нападів. Типовою рисою галюцинацій при епілепсії є їх конкретний, монотонний характер, відсутність симптомів потьмарення свідомості.

Кататонічні психотичні розлади виникають відносно рідко. У клінічній картині переважають ознаки субступорозного стану з негативізмом чи пасивною підкорюваністю, субступору з мутизмом, постійним стереотипним бурмотінням або імпульсивним порушенням. Нерідко кататонічні розлади проявляються пуерильною поведінкою з гримасами, стереотипіями, ехолалією, відповідями «мимо».

При паранояльному психотичному розладі маячення носить монотематичний, буденний, конкретний характер, без тенденції до систематизації, переважають маревні ідеї ревнощів, відносин, переслідування, збитку, іпохондричного змісту. Для паранойяльних станів при епілепсії властива велика частка афективних розладів у вигляді напруженості, почуття страху, тривоги, туги, в деяких випадках на тлі паранойяльних маячних ідей відзначається екстатично-захоплений відтінок афекту. Більш чітко паранояльний синдром формується при наявності таких характерних епілептичних змін особистості, як недовірливість, егоцентризм, тривожність, іпохондричність.

Галюцинаторно-параноїдна форма психотичних розладів характеризується поєднанням маячних ідей із зоровими і слуховими галюцинаціями, іноді релігійного змісту, з яскравістю, чуттєвою забарвленістю. Характерні конкретні за змістом, наочні і одноманітні маячні ідеї переслідування, впливу, величі з параноїчним сприйняттям та інтерпретацією навколишнього, почуттям страху, тривоги. Внаслідок зниження інтелектуально-мнестичних функцій, інертності, в'язкості і тугорухомості мислення, властивих хворим на епілепсію, маячні ідеї надалі мало видозмінюються.

Парафренний варіант синдрому в структурі психотичних розладів характеризується схильністю до систематизованого маячення, псевдогалюцинацій, симптому відкритості та інших ознак психічного автоматизму. Грандіозність маячних ідей в той же час поєднується з конкретністю і специфічними епілептичними змінами мислення у вигляді докладності, в'язкості, схильності до надмірної деталізації, ригідності розумових процесів. Емоційний фон відрізняється лабільністю: стан підйому настрою змінюється короткочасними станами тривоги і страху, що пов'язано зі змістом маячних переживань.

Для афективних психотичних розладів характерні добові коливання настрою з посиленням тривожно-депресивного настрою вранці, появою непосидючості, рухового занепокоєння на тлі вираженої астенії; періоди зниженого настрою, що супроводжуються тугою, суїцидальними думками, ідеями самозвинувачення, малоцінності, які через 2-3 дні змінюються періодами "підйому, підвищеної енергії, припливу сил", ейфоричністю. Відзначається присутність значних дисфоричних компонентів у структурі як депресивних, так і маніакальних станів. При цьому хворі стають дратівливими, образливими, прискіпливими, плаксивими. При переважанні маніакального стану відзначається поєднання підвищеної активності з дратівливістю, брутальністю, цинізмом.

Гострі епілептичні психотичні розлади виникають на будь-якій стадії перебігу епілептичного процесу у дорослих, як при фокальних, так і при генералізованих формах; хронічні психотичні стани у дорослих найчастіше виникають при наявності в анамнезі окреслених дисфорій, повторних сутінкових станів, а в ряді випадків і явищ епілептичного недоумства. Маячні ідеї одноманітні, уривчасті, стереотипні, конкретні, залежать від змісту галюцинацій. На тлі психотичної симптоматики відзначаються характерні для хворих на епілепсію афективна напруженість, відчуття страху, туги, а в деяких випадках - стан екстазу. Формування стійкої і, в ряді випадків, хронічної психотичної симптоматики відбувається при тривалому перебігу епілептичного процесу.

Довготривалий перебіг епілепсії супроводжується формуванням у хворих розладів особистості. Цей розлад характеризується значними змінами преморбідної поведінки. Особливо страждають емоційна сфера, сфера потреб та мотивацій. Розлади особистості проявляються в егоцентричності, сполученні догідливості, утрірованої солодкуватості зі спалахами злостивості, жорстокістю, мстивістю, злопам'ятністю і так званою «полярністю характеру». У хворих знижується коло інтересів, вони стають педантичними, причепливими, відзначається схильність до дисфоричних реакцій, що раптово виникають. Для цих хворих характерна афективна в'язкість, формування афективних розрядів у вигляді раптової агресії. У цьому стані хворі становлять небезпеку для оточуючих. Сполучення афективної в'язкості, вибуховості й полярності афектів породжує у хворих на епілепсію тривалі мстиві тенденції, що зберігаються роками й нерідко завершуються агресією, в тому числі іноді надмірно та неадекватно жорстокою.

По відношенню до епілептичних нападів епілептичні психози прийнято розділяти на іктальні, постіктальні та інтеріктальні психози.

**Епілептичні напади** з психотичними розладами, в іктальному та постіктальному періодах проявляються у наступних варіантах:

- сутінкове потьмарення свідомості, що супроводжується тривогою, жахом, агресивністю з наступною анамнезією; при цьому у хворих можливі зорові, нюхові або слухові галюцинації, маревні ідеї переслідування, загальної загибелі, величі, реформаторства;
- деліріозний стан з яскравими зоровими галюцинаціями й напруженим афектом;

- онейроїдний стан із фантастичним змістом переживань;
- амбулаторний автоматизм у вигляді короточасних автоматизованих дій за повної відчуженості від оточуючих, порушенням свідомості й наступною амнезією;
- фуга – стан потьмареної свідомості, коли хворі, усунуті від оточення, прагнуть кудись бігти;
- транс – тривалі розлади свідомості, під час яких хворі автоматично пересуваються, здійснюють невмотивовані поїздки або подорожі, іноді на значні відстані;
- дисфорія, що проявляється пригніченим настроєм, тугою, тривогою, злостивістю, напруженістю, агресивною поведінкою;
- особливі стани, у вигляді деперсоналізації і дереалізації з явищами метаморфозів, які супроводжуються страхом, тугою, тривогою, галюцинаціями.

### **Лікування психічних та поведінкових розладів у хворих на епілепсію.**

Лікування психічних та поведінкових розладів у хворих на епілепсію включає психофармакотерапію, психотерапію та психосоціальні тренінги, які використовуються в залежності від форми патології, її перебігу, коморбідних розладів та інших чинників. Лікування слід проводити, не відмінюючи ПЕП.

Психофармакотерапія передбачає застосування анксиолітиків, антипсихотичних засобів (АП), антидепресантів (АД), засобів для лікування деменцій та снодійних (табл. 3).

Таблиця 3

### **Препарати та їх дозування, що застосовуються для лікування психічних та поведінкових розладів при епілепсії**

<b>Міжнародна назва</b>	<b>Дози, що рекомендовані та режим лікування</b>
<b>Анксиолітики</b>	
Діазепам (Diazepam)	10-60 мг/доб
Феназапам (Phenazepam)	2-10 мг/доб
Гидазепам (Gidazepam)	20-150 мг/доб
Альпразолам (Alprazolam)	1,5-5 мг/доб
Буспірон (Buspirone)	5-30 мг/доб
<b>Антипсихотики</b>	
Хлорпромазин (Chlorpromazine)	25-100 мг/доб
Трифлуоперазин (Trifluoperazine)	5-30 мг/доб

Флуфеназин (Fluphenazine)	25 мг 1 раз у 4 неділі
Тіоридазин (Thioridazine)	50-300 мг/доб
Хлорпротиксен (Chlorprothixene)	25-150 мг/доб
Зуклопентиксол (Zuclopenthixol)	2-50 мг/доб
Флюпентиксол (Flupenthixol)	0,5-5 мг/доб
Кветіапін (Quetiapine)	25-600 мг/доб
Клозапін (Clozapine)	25-100 мг/доб
Оланзапін (Olanzapin)	5-20 мг/доб
Зипразидон (Ziprasidone)	10-40 мг/доб
Рисперидон (Risperidone)	0,5-12 мг/доб
Паліперидон (Paliperidone)	3-12 мг/доб
Галоперидол (Haloperidol)	1,5-15 мг/доб
Сертиндол (Sertindol)	4-20 мг/доб
Сульпірид (Sulpiride)	50-600 мг/доб
Амісульприд (Amisulpride)	50-800 мг/доб
<b>Антидепресанти</b>	
Іміпрамін (Imipramine)	25-150 мг/доб
Кломіпрамін (Clomipramine)	25-150 мг/доб
Амітриптилін (Amitriptyline)	25-200 мг/доб
Доксепін (Doxepin)	10-200 мг/доб
Агомелатин (Agomelatine)	25-50 мг/доб
Циталопрам (Citalopram)	10-60 мг/доб
Сертралін (Sertralin)	25-200 мг/доб
Пароксетин (Paroxetine)	10-40 мг/доб
Есциталопрам (Escitalopram)	5-20 мг/доб
Флуоксетин (Fluoxetine)	20-60 мг/доб
Дулоксетин (Duloxetine)	20-60 мг/доб
Флувоксамін (Fluvoxamine)	50-300 мг/доб
Венлафаксин (Venlafaxine)	37,5-150 мг/доб
Мапротилін (Maprotiline)	25-100 мг/доб
Міртазапін (Mirtazapine)	7,5-45 мг/доб
<b>Препарати для лікування деменції</b>	
Прамірацетам (Pramiracetam)	600-1800 мг/доб
Піритинол (Pyritinol)	600-1800 мг/доб
Гліатилін (Gliatilin)	800-1000 мг/доб
Кортексін (Cortexin)	5-15 мг/доб



Депротеїнізовані високомалекулярні гемодеривати (Actovegin, Solcoseril)	40-120 мг/доб
Німодіпін (Nimodipine)	90-180 мг/доб
Токоферола ацетат (Tocopheroli acetate)	400-1200 мг/доб
<b>Снодійні засоби</b>	
Нітразепам (Nitrazepam)	2,5-10 мг/доб
Зопіклон (Zopiclone)	3,75-15 мг/доб
Золпідем (Zolpidem)	5-10 мг/доб
Залеплон (Zaleplon)	5-10 мг/доб

Тривалість, дози, схеми застосування перелічених засобів встановлюються у кожному випадку індивідуально.

Психотерапія в комплексному лікуванні застосовується у формі раціональної психотерапії (РП), когнітивно-біхевіоральної психотерапії (КБТ) та сімейної психотерапії (СП). Всі форми психотерапевтичного впливу призначаються як індивідуально, так і в груповому варіанті. Питання про вибір варіанту групи чи індивідуальної психотерапії вирішує психотерапевт після консультацій з ведучим лікарем (невролог, психіатр).

РП базується на використанні здібностей пацієнта проводити співставлення, робити висновки та доводити їх обґрунтованість. Зміни дезадаптивних уявлень пацієнта досягаються певними засобами, основною яких є логічна аргументація. РП проводиться індивідуально, 2-5 разів на тиждень, в амбулаторних або стаціонарних умовах. Тривалість курсу лікування є індивідуальною.

КБТ сприяє підвищенню самоконтролю та тренінгу реакцій пристосування до складних життєвих ситуацій. Основою технік КБТ є моделювання складних ситуацій. КБТ проводиться як індивідуально, так й в групі, 2-3 рази на тиждень, в амбулаторних або стаціонарних умовах. Тривалість курсу лікування визначається індивідуально.

СП спрямована на корекцію міжособистісних відносин родини та відтворення її емоційного клімату, що сприяє оптимальному виконанню соціальних ролей (з урахуванням захворювання одного з її членів). Техніки СП базуються на діагностиці сімейного конфлікту чи фрустраційних ситуацій, спрямованих на їх усунення та реконструкцію відносин. СП здійснюється як в амбулаторних умовах, так й в умовах стаціонару. Частота сеансів та тривалість курсу терапії визначаються у кожному випадку індивідуально.

Психосоціальні тренінги (ПСТ) спрямовані на формування/відновлення недостатніх/втрачених внаслідок хвороби когнітивних, мотиваційних, емоційних ресурсів особистості, навичок, знань та вмінь взаємодіяти, вирішувати проблеми, використовувати стратегії оволодіння у хворих з порушенням соціальної адаптації, що забезпечує їх інтеграцію у суспільство. Для осіб з психічними та поведінковими розладами при епілепсії найбільшої значущості набувають тренінги проблем

міжособистісної взаємодії та когнітивних функцій. Тренінги проводяться 2-3 рази на тиждень, в групі, в амбулаторних або стаціонарних умовах. Тривалість застосування тренінгів визначається індивідуально.

При різних формах психічних та поведінкових розладів, що спостерігаються у хворих на епілепсію, застосування перелічених лікувальних заходів є диференційованим.

При епілептичних психотичних розладах базовою є психофармакотерапія (переважно АП засобами). Допоміжну функцію при наявності показань виконують психотерапія (РП та СП) та ПСТ (тренінги міжособистісної взаємодії (навики адаптативного та неконфліктного спілкування, формування неконфліктних прагнень, зменшення ступеня фрустраційного напруження та ін.) та когнітивних функцій (стрес-менеджмент).

При розладах особистості епілептичного генезу основою лікування є поєднання психофармакотерапії (АП, АД, анксиолітики, снодійні) та психотерапії (РП, СП, КБП).

У хворих з когнітивними розладами при епілепсії при використанні психофармакотерапії окрім АП, АД, анксиолітиків, снодійних застосовуються специфічні засоби для лікування деменцій. Психотерапія (РП та СП) та ПСТ (когнітивних функцій) призначаються при наявності показань.

При нападах з порушеннями психічних функцій використовуються різні варіанти психофармакотерапії. Психотерапія (РП, СП та КБП) та ПСТ використовуються при наявності показань. Особливості лікувальної тактики при певних формах патології наведені нижче.

*F05.12 Делірій на фоні деменції, пов'язаний з епілепсією*

*F05.82 Інший делірій, пов'язаний з епілепсією*

*F05.92 Неуточнений делірій, пов'язаний з епілепсією*

При психозах з потьмаренням свідомості рекомендується призначення антипсихотичних препаратів (АП) у середніх дозах, і анксиолітиків у середніх або високих добових дозах з парентеральним введенням ліків. Обов'язковим, поряд з переліченими лікарськими засобами, є використання ПЕП у оптимальних для припинення нападів та зменшення інтенсивності епілептичної активності на ЕЕГ дозах.

Медикаментозне лікування необхідно розпочинати якомога раніше. Психомоторне збудження має бути усунене протягом максимально короткого терміну. Психомоторне збудження, яке триває на тлі терапії понад 48 годин, є підставою для перегляду поточної терапевтичної тактики. На етапі активної терапії перевага надається АП другого покоління, починаючи з мінімальних доз, передбачених в інструкціях, із поступовим їх збільшенням до досягнення бажаної терапевтичної реакції.

Психотропна терапія триває до завершення психотичного розладу, і повинна бути індивідуально продовженою у зменшених дозуваннях для корекції емоційно-

поведінкових розладів, характерних для епілепсії, до досягнення стану їх компенсації.

*F06.02 Галюциноз, пов'язаний з епілепсією*

*F06.12 Кататонічний стан, пов'язаний з епілепсією*

Під час розвитку транзиторних інтеріктальних психозів без потьмарення свідомості провідними лікувальними заходами є призначення АП у індивідуальних добових дозуваннях. Оскільки ці види психотичних розладів є найтривалішими серед транзиторних взагалі і транзиторних інтеріктальних зокрема, загальна тривалість психотропної терапії зростає і є досить великою з урахуванням її продовження майже у всіх випадках після припинення психотичних проявів для корекції характерних змін особистості або когнітивних розладів зниженими дозами препаратів. Психотропне лікування поєднується з обов'язковим призначенням ПЕП для припинення розвитку нападів. Загальна тривалість терапії психотропними засобами складає не менше 1 року після припинення психотичних станів.

*F06.22 Маячний (шизофреноподібний) розлад, пов'язаний з епілепсією*

Хронічні психотичні стани формуються у тісному зв'язку із стійким епілептичним ураженням головного мозку, тому мало залежать від частоти та характеру нападів. У зв'язку з цим основними напрямками лікування хворих на хронічні психотичні стани є призначення АП в оптимальних, індивідуально вибраних добових дозах з урахуванням підвищеної вірогідності виникнення побічних дій на тлі органічного ураження головного мозку.

На етапі активної терапії перевага надається АП другого покоління, починаючи з мінімальних доз, передбачених в інструкціях, із поступовим їх збільшенням до досягнення бажаної терапевтичної «відповіді». Враховується психофармакологічний анамнез. Перевага надається попередньо ефективному препарату. На початку терапії рекомендовано призначення одного антипсихотичного засобу. За відсутності терапевтичного ефекту протягом 4-12 тижнів необхідно перейти до застосування іншого АП або підсилити його дію, що реалізується призначенням психотропний препарат іншого класу. Тривалість першого етапу терапії – 8-12 тижнів.

Якщо в разі дотримання режиму терапії, достатніх доз препарату та зміни послідовно двох АП, один із яких другого покоління, з терміном призначення кожного з них не менше 4 тижнів, не вдається досягти бажаного терапевтичного ефекту, йдеться про дійсну терапевтичну резистентність. У цих випадках препаратом вибору є клозапін (таблиця 3). За відсутності терапевтичного ефекту протягом 4 тижнів рекомендована комплексна терапія кількома АП (в тому числі клозапіном) та одночасне застосування АП із іншими видами біологічної терапії.

При симптоматичній епілепсії з несприятливим та злоякісним перебігом призначається довготривала антипсихотична терапія у оптимальних середніх або

високих добових дозах без істотних побічних дій та ускладнень, що поєднується з лікуванням ПЕП у оптимальних дозуваннях.

В усіх випадках психотичних проявів пацієнтам проводиться психотерапія направлена на формування критичного ставлення до власних болючих переживань, формуються навички дезактуалізації психотичних переживань. Проводиться формування прихильності до терапії.

*F06.322 психотичний депресивний розлад, пов'язаний з епілепсією.*

Підґрунтям для початку медикаментозного лікування є наявність депресивної симптоматики протягом більше, ніж 2 тижні. Перевага надається мелатонінергічним антидепресантам, антидепресантам групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗС та Н), починаючи з оптимальних доз, передбачених інструкціями, з поступовим нарощуванням дозувань до бажаної терапевтичної реакції. Враховується психофармакологічний анамнез. Перевага надається попередньо ефективному та найбільш безпечному препарату. На початку терапії рекомендовано використання одного АД. При повній відсутності його терапевтичного ефекту протягом 4 тижнів (після зміни рекомендованої в разі недосягнення відповіді дози препарату) необхідно перейти до іншого АД. При незначному поліпшенні афективного стану – ще 2 тижні продовжують розпочату терапію обраним препаратом, а в разі відсутності прогресу слід перейти до іншого АД. При наявності клінічно значущих симптомів тривоги, рекомендується призначення транквілізаторів (бензодіазепінів) в рекомендованих в інструкції дозах терміном не більше 1-2 тижнів безперервного прийому.

При тяжкому депресивному епізоді, який потребує більш інтенсивного лікування, або при відсутності прогресу у лікуванні депресивного епізоду середнього ступеню важкості зазначеними вище засобами, бажано призначити сучасні АД подвійної дії або трициклічні АД (бажаний лабораторний моніторинг трициклічного АД в крові, контроль кардіограми, моніторинг ваги пацієнта).

Депресивний епізод обтяжений психотичною симптоматикою потребує обов'язкового поєднаного призначення антидепресантів і АП другого покоління, що пов'язано, зокрема, із особливою схильністю пацієнтів цієї категорії до виникнення екстрапірамідних ускладнень.

Тривалість етапу активної терапії – 8-16 тижнів.

Етап стабілізуючої терапії.

Терапія АД продовжується в дозах, які були обрані на етапі активного лікування. Тривалість етапу стабілізуючої терапії – не менш 6 місяців.

Критерії якості лікування психічних та поведінкових розладів при епілепсії.

Клінічний критерій – редукція психотичної симптоматики і стабільність досягнутого психічного стану протягом не менш 6 місяців.

Соціально-психологічний – відновлення максимально близького до попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації, підвищення якості життя пацієнта.

## **V. Ресурсне забезпечення виконання протоколу**

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (далі – ЛКПМД (КМП)) має перевірятися реєстрація в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛКПМД (КМП)

### **1. Вимоги для установ, які надають первинну медичну допомогу**

#### **1.1. Кадрові ресурси**

Лікар загальної практики – сімейний лікар, який має відповідний сертифікат та пройшов післядипломну підготовку в дворічній інтернатурі або на 6-місячному циклі спеціалізації; медична сестра загальної практики.

#### **1.2. Матеріально-технічне забезпечення**

##### **Оснащення**

Електрокардіограф, тонометр з набором манжет для вимірювання артеріального тиску.

##### **Лікарські засоби**

ПЕП першої та другої лінії, засоби для дезінтоксикації, осмотичні діуретики, снодійні.

### **2. Вимоги для установ, які надають екстрену медичну допомогу**

#### **2.1. Кадрові ресурси**

Бригади екстреної медичної допомоги

#### **2.2. Матеріально-технічне забезпечення**

##### **Оснащення**

Електрокардіограф

##### **Лікарські засоби**

Діазепам, глюкоза, тіамін, розчин сульфату магнію, розчин вальпроєвої кислоти

### **3. Вимоги для установ, які надають вторинну та третинну медичну допомогу**

#### **3.1 Кадрові ресурси**

Лікар-невролог, психіатр, психолог, лікар загальної практики-сімейної медицини

#### **3.2. Матеріально-технічне забезпечення**

##### **Оснащення**

Електрокардіограф, тонометр з набором манжет для вимірювання артеріального тиску, КТ або МРТ, електроенцефалограф, обладнання для аналізу крові, сечі,

## **Лікарські засоби**

ПЕП першої та другої лінії, антипсихотичні засоби, антидепресанти, анксиолітики, засоби для лікування деменцій та когнітивних розладів, Препарати для десенсибілізації, засоби для дезінтоксикації, осмотичні діуретики, гепатопротектори, протинабрякові препарати, снодійні, діазепам, вальпроєвая кислота, вальпроат натрію, манніт, реосорбілакт, сірчанокисла магnezія, L-лізіну есцинат, дексаметазон, протигістамінні препарати, ант раль, есенціале

## VI. Індикатори якості медичної допомоги

**Форма 025/о** - Медична карта амбулаторного хворого (Форма 025/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування»

**Форма 030/о** - Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма 030/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування»

### 6.1 Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з епілепсією.

6.1.2. Наявність у лікаря - невролога локального протоколу ведення пацієнта з епілепсією.

6.1.3. Відсоток пацієнтів, для яких лікарем загальної практики - сімейним лікарем отримано інформацію про медичний стан впродовж звітного періоду.

### 6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

**6.2.1.А) *Наявність у лікаря загальної практики – сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з епілепсією.***

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: «Епілепсія».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги хворим на епілепсію, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2014 рік – 90%

2015 рік та подальший період – 100%.



Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики - сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в районі обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу медичної допомоги хворим на епілепсію (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

#### ***6.2.2.А) Наявність у лікаря - невролога локального протоколу ведення пацієнта з епілепсією.***

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: «Епілепсія».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги

хворим на епілепсію, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2014 рік – 90%

2015 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями – неврологами (закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з епілепсією), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів – неврологів (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з епілепсією), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів - неврологів (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з епілепсією), зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів - неврологів (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з епілепсією), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів - неврологів (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з епілепсією), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу медичної допомоги хворим на епілепсію (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем - неврологом (закладом охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з епілепсією).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**6.2.3.А) Відсоток пацієнтів, для яких лікарем загальної практики - сімейним лікарем отримано інформацію про медичний стан впродовж звітнього періоду.**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: «Епілепсія».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора. При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих хворих, для яких не проводилося медичного огляду лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) або лікарем-неврологом протягом звітного періоду. В первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду хворого, а також наявність або відсутність повторних загострень захворювання. Пацієнти, для яких такі записи в медичній документації відсутні, не включаються до чисельника індикатора, навіть у випадку, якщо лікар загальної практики - сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги) має достовірну інформацію про те, що пацієнт живий та перебуває на території обслуговування (за відсутності даних медичного огляду).

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики - сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги). Регіональне управління охорони здоров'я.

б) Дані надаються сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до регіонального управління охорони здоров'я.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольній карті диспансерного нагляду (форма 030/о) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги), шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольних карт диспансерного нагляду (форма 030/о).

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження від всіх лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги),

zareestrovanih na teritorii obslugoivan'nia, informacii shodo zagal'noi kilt'kosti pacientiv, yakii skladajut' chiselnik ta znamennik indikatora.

г) Znamen'nik indikatora skladae zagal'na kilt'kist' pacientiv, yakii perebuvajut' pid dispanser'nim nagljadom u likarja zagal'noi praktiki - simejnogo likarja (ambulatorii simejnoi medicini, centru pervinnoi mediko-sanitarnoi dopomogi), z diaгнозом епілепсія.

Dжерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о).

д) Чисельник indikatora skladae zagal'na kilt'kist' pacientiv likarja zagal'noi praktiki - simejnogo likarja (ambulatorii simejnoi medicini, centru pervinnoi mediko-sanitarnoi dopomogi), z diaгнозом епілепсія, для яких наведена інформація про медичний стан хворого із зазначенням відсутності або наявності повторних загострень захворювання.

Dжерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о).

е) Значення indikatora наводиться у відсотках.

## VII. Література

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Епілепсії у дорослих»
2. Дзяк Л.А., Зенков Л.Р., Кириченко А.Г. Эпилепсия. - Киев: Книга - плюс. -2001.
3. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин. Москва «Медицина» 2010.Юр'єва Л.М., Носов С.Г. Психічні розлади при епілептичному захворюванні. Київ, 2009.
4. Bauer J, Reuber M. Medical treatment of epilepsy. *Expert Opin Emerg Drugs* 2003;**8**:457-67.
5. Belts T. Psychiatric aspects of non-epileptic seizures // Engel Jr. J., Pedley T.A., eds. *Epilepsy: a comprehensive textbook*. — Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998. — 2101-16.
6. Definition of drug resistant epilepsy: Consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies// *Epilepsia*.-2010.-V. 51(6).-P.1069–1077
7. Epilepsy must become a higher priority in Europe// *The Lancet Neurology*.-2010.-V. 9 (Is.10).- P. 941
8. Hopkins A. et al. The first seizure and the diagnosis of epilepsy. Second edition. London, 1995: 105—121
9. Glauser T, Ben-Menachem E, Bourgeois B, Cnaan A, Chadwick D, Guerreiro C, et al. ILAE treatment guidelines: evidence-based analysis of antiepileptic drug efficacy and effectiveness as initial monotherapy for epileptic seizures and syndromes. *Epilepsia* 2006;**47**:1094-120.
10. <http://www.ibe-epilepsy.org/>
11. <http://www.who.int/topics/>
12. Kwan P, Arzimanoglou A, Berg AT, Brodie MJ, Allen Hauser W, Mathern G, Perucca E, Wiebe S, French J. Source Definition of drug resistant epilepsy: consensus proposal by the adhoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia*. 2010 Jun;**51**(6):1069-77. Epub 2009 Nov 3.
13. Kwan P, Brodie MJ. Effectiveness of first antiepileptic drug. *Epilepsia* 2001;**42**:1255-60.
14. McKeon A., Vaughan C., Delanty N. Seizure versus syncope// *Lancet Neurol*.- 2006.-№ 5.-P. 171–180
15. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care, [www.nice.org.uk/page.aspx?o=227586](http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=227586), 2004. Last accessed 27 Aug 2006
16. Panayiotopoulos CP *The epilepsies: seizures, syndromes and management*. Oxford: Bladon Medical Publishing, 2005.
17. Panayiotopoulos CP *Epileptic Syndromes and their Treatment*. Second Edition. Based on the ILAE classification and practical guidelines. Springer. 2005 P 577
18. Panayiotopoulos CP MD PhD FRCP. *The Epilepsies Seizures, Syndromes and Management*. DLADON Medical publishing.P 541. 2007
19. Recommendation for a definition of acute symptomatic seizure /Beghi E., Carpio A., Forsgren L. et al. // *Epilepsia*.-2010.-V.51(4).-P.671-675
20. Report of the Commission on Classification and Terminology <http://www.ilae.org/Visitors/Centre/ctf/index-new.cfm>
21. Shorvon S.D. *Handbook of epilepsy treatment* Blackwell Science Ltd, 2000,248p..
22. Shorvon S, Perucca E, Fish D, Dodson E, eds. *The treatment of epilepsy (2nd edition)*. *The treatment of epilepsy (2nd edition)*, pp 1-913. Oxford: Blackwell Publishing, 2004.
23. Vazquez B. Monotherapy in epilepsy: role of the newer antiepileptic drugs. *Arch Neurol*. 2004 Sep;**61**(9):1361–5.
24. Updated ILAE evidence review of antiepileptic drug efficacy and effectiveness as initial monotherapy for epileptic seizures and syndromes <http://www.ilae.org/Visitors/Documents/Guidelines-epilepsia-12074-2013.pdf>. *Epilepsia*// T.Glauser,E. Ben-Menachem,B.Bourgeois et al. for the ILAE subcommission of AED Guidelines.-2013.- *Epilepsia*.-1–13.
25. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування»
26. Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 132 «Про затвердження Примірною табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу»

27. Наказ МОЗ України від 28.03.2013 № 209 «Про затвердження четвертого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності»

28. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень»

29. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування»

30. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 735 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування»

31. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру»

32. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України»

## VIII. Додатки до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги

Додаток № 1  
до уніфікованого клінічного протоколу первинної,  
вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги  
«Епілепсія»

**Класифікація епілепсій і епілептичних синдромів (переглянута і доповнена).**  
*Комісія з класифікації і термінології Міжнародної протиепілептичної ліги (1989).*

1. Пов'язані з локалізацією (фокальні, локальні, парціальні) епілепсії і синдроми.
  - 1.1. Ідіопатичні (з початком в певному віці)
    - 1.1.1. Доброякісна епілепсія дитячого віку з центрально-темпоральними спайками.
    - 1.1.2. Епілепсія дитячого віку з потиличними пароксизмами
    - 1.1.3. Первинна епілепсія читання.
  - 1.2. Симптоматичні.
    - 1.2.1. Хронічна проградієнтна *epilepsia partials continua* (синдром Кожевнікова) дитячого віку.
    - 1.2.2. Синдроми, що характеризуються специфічними способами викликання.
    - 1.2.3. Різні синдроми, визначення яких ґрунтується переважно на типі нападу і інших клінічних особливостях :  
скроневі епілепсії,  
лобні епілепсії,  
тім'яні епілепсії,  
потиличні епілепсії.
    - 1.2.4. Пов'язані з локалізацією ідіопатичні епілепсії: (лобна нічна спадкова епілепсія)
  - 1.3. Криптогенні.
2. Генералізовані епілепсії і синдроми.
  - 2.1. Ідіопатичні (з початком в певному віці, в порядку віку появи)
    - 2.1.1. Доброякісні сімейні судоми новонароджених.
    - 2.1.2. Доброякісні судоми новонароджених.
    - 2.1.3. Доброякісна дитяча міоклонічна епілепсія .
    - 2.1.4. Епілепсія з пікнолептичними абсансами (пікнолепсія, епілепсія з абсансами) дитячого віку.
    - 2.1.5. Юнацька епілепсія з абсансами.
    - 2.1.6. Юнацька міоклонічна епілепсія (епілепсія з імпульсивними *petit mal*)
    - 2.1.7. Епілепсія з великими судомними випадками при пробудженні.
    - 2.1.8. Інші генералізовані ідіопатичні епілепсії.
    - 2.1.9. Епілепсія із специфічним способом викликання.
  - 2.2. Криптогенні або симптоматичні (в порядку віку появи).
    - 2.2.1. Епілепсія з блискавичними, кивковими, салаам-нападами (синдром Уэста)
    - 2.2.2. Синдром Леннокса-Гасто.
    - 2.2.3. Епілепсія з міоклоніко-астатичними нападами (синдром Дууз).
    - 2.2.4. Епілепсія з міоклонічними абсансами (синдром Тассінарі)

### 2.3. Симптоматичні.

#### 2.3.1. Неспецифічної етіології:

рання міоклонічна енцефалопатія;

рання епілептична енцефалопатія з паттерном «спалах-пригнічення» на ЕЕГ;  
інші симптоматичні генералізовані епілепсії.

#### 2.3.2. Специфічні синдроми.

Епілептичні напади можуть ускладнювати багато хвороб. Під цим заголовком зібрані ті захворювання, при яких напади є основним або переважаючим проявом:

порушення розвитку;

доведені або передбачувані порушення обміну речовин.

3. Епілепсії і синдроми, не визначені відносно того, чи є вони фокальними, чи генералізованими.

3.1. З генералізованими і фокальними випадками.

3.1.1. Неонатальні напади

3.1.2. Важка міоклонічна епілепсія дитинства.

3.1.3. Епілепсія з безперервними комплексами спайк-хвиля в повільно-хвиловому сні.

3.1.4. Синдром епілептичної афазії (Ландау-Клеффнера).

3.1.5. Інші невизначені епілепсії.

3.2. Без однозначних генералізованих або фокальних рис.

Сюди відносяться усі випадки з генералізованими тоніко-клонічними нападами, при яких клінічні і ЕЕГ дані не дозволяють чітко класифікувати генералізовані або локальні, як, наприклад випадки grand mal уві сні.

4. Спеціальні синдроми.

Ситуаційно - обумовлені випадки.

4.1. Фебрильні напади.

4.2. Ізольований епілептичний напад або ізольований епілептичний статус.

4.3. Напади, які виникають виключно при гострих метаболічних або токсичних порушеннях або під впливом таких чинників як алкоголь, медикаменти, еклампсія, кататонія, гіперглікемія.



Додаток № 2  
до уніфікованого клінічного протоколу первинної,  
вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги  
«Епілепсія»

**Міжнародна класифікація епілептичних нападів (ILAE 1981)**

I. Парціальні (фокальні, локальні) епілептичні напади:

A. Прості парціальні напади (свідомість не порушена):

1. З моторними симптомами:

- a) фокальні моторні без маршу;
- b) фокальні моторні з маршем (джексонівський марш);
- c) версивні;
- d) постуральні;
- e) фонаторні (вокалізація або зупинка мови).

2. Із соматосенсорними або специфічними сенсорними симптомами (прості галюцинації):

- a) сомато-сенсорні;
- b) зорові
- c) слухові;
- d) нюхові;
- e) смакові;
- f) запаморочення.

3. З вегетативними симптомами (епігастральні відчуття, блідість, пітливість, почервоніння обличчя, лихоманкоподібне тремтіння, пілоерекція, розширення зіниць).

4. Із психічними симптомами (порушення вищих церебральних функцій). Ці симптоми рідко з'являються без порушення свідомості й частіше супроводжують комплексні (складні) парціальні напади:

- a) дисфазичні;
- b) дисмнестичні (déjà vu);
- c) когнітивні (сновидні стани, порушення відчуття часу);
- d) афективні (страх, злість);
- e) ілюзії (макро- мікропсії);
- f) структурні галюцинації (музика, сцени).

V. Комплексні (складні) парціальні випадки (з порушенням свідомості, іноді можуть починатися із простих симптомів):

1. Починаються як прості парціальні з наступним порушенням свідомості:

- a) початок із простих парціальних випадків (від A1 до A4) з наступним порушенням свідомості;
- b) з автоматизмами.

2. З порушенням свідомості на початку:

- a) тільки з порушенням свідомості;
- b) з автоматизмами.

C. Парціальні напади із вторинною генералізацією (можуть бути генералізовані тоніко-клонічні, тонічні або клонічні судоми) (можлива швидка генералізація):

1. Прості парціальні напади (А) із вторинною генералізацією.
2. Комплексні (складні) парціальні напади (В) із вторинною генералізацією.
3. Прості парціальні напади (А), що переходять у комплексні парціальні (В) з наступною вторинною генералізацією.

II. Генералізовані напади (судомні і безсудомні):

A1. Абсанси:

- a) тільки з порушенням свідомості;
  - b) із клонічним компонентом;
  - c) з атонічним компонентом;
  - d) із тонічним компонентом;
  - e) з автоматизмами;
  - f) з автономними (вегетативними) симптомами
- (b-f можуть бути присутніми ізольовано або в комбінаціях.)

A2. Атипові абсанси:

- a) зміни тону більше значні ніж при А1;
- b) початок і/або закінчення поступові (не раптові).

В. Міоклонічні напади. (Міоклонічні посмикування поодинокі або множинні)

С. Клонічні напади.

Д. Тонічні напади .

Е. Тоніко-клонічні напади.

Ф. Атонічні (астатичні) напади

Додаток № 3  
до уніфікованого клінічного протоколу первинної,  
вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги  
«Епілепсія»

**Діагностичний алгоритм при диференціації епілептичних  
і неепілептичних пароксизмальних станів**

(З роботи McKeon A., Vaughan C., Delanty N. Seizure versus syncope// Lancet Neurol.- 2006.-  
№ 5.-Р. 171–180 зі змінами).



Додаток № 4  
до уніфікованого клінічного протоколу первинної,  
вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги  
«Епілепсія»

**Лікарські засоби, які можуть спровокувати епілептичні напади**

Амінофілін/теофілін,  
амфетаміни,  
антибіотики пеніцилінового і цефалоспоринового ряду,  
фторхінолони,  
антихолінергічні препарати,  
аміназин,  
баклофен,  
бупропіон,  
інгібітори холінестерази,  
циклоспорин,  
ізоніазид,  
кетамін,  
лідокан,  
препарати літію,  
мефлокін,  
нестероїдні протизапальні препарати,  
опіоїди - анальгетики (трамадол),  
вінкрістин.

Додаток № 5  
до уніфікованого клінічного протоколу первинної,  
вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги  
«Епілепсія»

**Класифікація психічних розладів при епілепсії за МКХ 10 (стосовно дорослих)**

F 02.8 - деменція при епілепсії

F 02.8.0 - неускладнена (тільки прояви синдрому деменції без продуктивних розладів або останні мало виражені, не становлять значну частину клінічних проявів)

F 02.8.1 - з маяченням

F 02.8.2 - з галюцинаціями

F 02.8.3 - з проявами депресії

F 02.8.4 - змішані форми

F 05 - делірій, не обумовлений алкоголем та іншими психоактивними речовинами

F 06 - Психічні розлади внаслідок епілепсії

F 06.0 - галюцинаторний розлад

F 06.1 - кататоноподібний розлад

F 06.2 - маячний (шизофреноподібний) розлад

F 06.3 - афективний розлад

F 06.4 - тривожний розлад

F 06.5 - дисоціативний розлад

F 06.6 - астеничний розлад

F 06.7 - легкий когнітивний розлад

F 06.8 - інший уточнений психічний розлад

F 06.9 - не уточнений психічний розлад

F07.83 - розлад особистості та поведінки при епілепсії

**Додаток № 6**

до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Епілепсія»

**Інформація для пацієнтів**

При лікуванні епілепсії значну роль відіграє взаємодія між хворим і його родиною та лікуючим лікарем, коли виконуються всі його рекомендації (комплаєнс). Лікування ставить за мету досягти повного припинення нападів, тому що вони негативно впливають загалом на здоров'я хворого, пов'язані з ризиком отримання небезпечних для життя травм. Часті напади призводять до погіршення пам'яті, порушень настрою, поведінки. Якщо неможливо повністю вилікувати епілепсію, то при регулярному прийомі протиепілептичних препаратів у 50-60% хворих вдається досягти їх зникнення, у 20-25% пацієнтів вони стають значно рідшими і менш інтенсивними. Але, на жаль, майже у третині випадків, незважаючи на всі зусилля, включаючи й оперативне лікування, позбавитися приступів не вдається. Однак і у таких хворих існують тривалі ремісії, тобто періоди (місяці, роки), коли напади не виникають.

Лікування триває щонайменше 2 роки (а частіше - близько 5 років), відраховуючи від дня останнього нападу. Але навіть якщо у хворого протягом цього періоду не було жодного приступу, це не означає, що лікування можна відмінити. Рішення про припинення прийому ліків залежить від форми епілепсії, її причини, даних додаткових методів обстеження і вирішується індивідуально. Відміна ліків може бути тільки поступовою під контролем лікаря, оскільки самостійне припинення вживання препаратів може привести до фатальних наслідків. Нерегулярний прийом ліків може також привести до відновлення або почастишання нападів. Це може також викликатись тривалим позбавленням сну, вживанням алкоголю, стресовими ситуаціями, перевтомою, роботою в нічні зміни. У деяких хворих напади провокуються миготінням світла, перегляді телепередач з частою зміною зображення, відеоіграх, при катанні на атракціонах. Тому таких ситуацій необхідно уникати. Хворі на епілепсію повинні знати, що деякі ліки можуть призводити до виникнення або почастишання нападів, тому завжди при вживанні інших препаратів необхідно уважно читати листок-інформацію для пацієнта.

Перша допомога при судомному нападі. Під час приступу, знаходячись поряд із хворим, потрібно зберігати спокій, не робити йому штучного дихання, не намагатися відкрити рота, проштовхуючи через затиснуті зуби різні предмети. Не слід насильно стримувати рухи. Щоб вберегти пацієнта від травмування, його треба покласти на рівну поверхню, підкласти під голову щось м'яке, повернути її на бік для попередження западання язика, потрапляння слини у дихальні шляхи. Судоми пройдуть через декілька хвилин. Після нападу треба спокійно дочекатися, поки хворий прийде до тями, оскільки певний час він може бути дезорієнтованим. Часто після нападу настає сон. Якщо судоми тривають більше 5 хвилин, хворий отримав травму або це вагітна жінка, треба викликати швидку допомогу.

Хворим на епілепсію не рекомендується палити та вживати алкогольні та «енергетичні» напої.

Помірні фізичні вправи є корисними будь-якому пацієнту, вони покращують не лише його фізичний, але й психічний стан. Протипоказані екстремальні види спорту: підводне плавання, дайвінг, парашутний спорт, альпінізм. Небажані ті види спорту, які пов'язані з падіннями, ризиком травмування голови, – ігри з м'ячем, кінний спорт, велоспорт, стрибки у воду. Плавати можна лише під наглядом інших осіб. Негативні наслідки можуть також мати надмірні фізичні зусилля при заняттях у тренажерних залах, культуризм.

Загальноприйнятий графік щеплень не є протипоказаним для хворих на епілепсію, за виключенням окремих випадків, які необхідно обговорити з лікуючим лікарем. При проведенні операцій загальний наркоз не протипоказаний. При відвідуванні стоматолога обов'язково необхідно попередити його про своє захворювання для вибору методу знеболення.

Епілепсія у жінок. Найкращим вибором для жінок, хворих на епілепсію є вживання комбінованих протизаплідних таблеток із вмістом естрогену щонайменше 50 мг на день або бар'єрні негормональні методи (презервативи, внутрішньоматкова спіраль). Вагітність у жінки, хворої на епілепсію, по можливості повинна бути планованою. При дуже частих приступах рішення про можливість мати дитину повинна бути ретельно зваженою із врахуванням ситуації в родині, можливості повсякчасної допомоги близьких як під час вагітності, так і після пологів. До того ж часті напади спричиняють негативні зміни у плоду. Більшість жінок із рідкими або контрольованими нападами можуть народити дитину без оперативного втручання, а в подальшому застосовувати грудне вигодовування. Вагітна повинна обмежити безконтрольні прогулянки, користування транспортом тощо. Прийом ліків під час вагітності є обов'язковим. Можливі зміни доз препаратів необхідно узгоджувати з лікарем.

Додаток № 7  
до уніфікованого клінічного протоколу первинної,  
вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги  
«Епілепсія»

**ЕЕГ дослідження** має відповідати мінімальним стандартам Міжнародної протиепілептичної ліги:

- а) не менш ніж 12 каналів запису одночасно,
- б) розміщення електродів за системою 10-20,
- в) наявність додаткових каналів для моніторингу ЕКГ, дихання, міограми, руху очей,
- г) аналіз не менш ніж 20 хвилин якісного запису фонові ЕЕГ,
- д) можливість проведення функціональних навантажень - гіпервентиляції, фотостимуляції, звукової стимуляції з паралельною реєстрацією ЕЕГ.

Представлені вище стандарти є обов'язковими для традиційної ЕЕГ у хворих на епілепсію чи при диференціальній діагностиці епілепсії. При недостатній інформативності рутинної ЕЕГ вдаються до ЕЕГ-моніторингу та ЕЕГ-відеомоніторингу.