

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони здоров'я України  
17.04.2014 № 276

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

**ЕПІЛЕПСІЇ У ДОРΟΣЛИХ**

**2014**

## Вступ

### **Мета та принципи створення уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги за темою «Епілепсії у дорослих»**

Основною метою цього уніфікованого клінічного протоколу є створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам з епілепсією (діагноз за МКХ-10 – G 40 Епілепсія).

УКПМД створений для надання первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної спеціалізованої (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

За формою, структурою та методичним підходам щодо використання вимог доказової медицини УКПМД відповідає вимогам «Методики розробки та провадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини», затвердженої Наказом МОЗ України № 751 від 28 вересня 2012 року, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 за № 2001/22313.

Взаємодія між закладами охорони здоров'я (ЗОЗ) різних видів 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. *Epilepsia*// T.Glauser, E. Ben-Menachem, B. Bourgeois et al. for the ILAE subcommission of AED Guidelines.- 2013.

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** – аспартатамінотрансфераза  
**АТ** – артеріальний тиск  
**Б/х аналіз** – біохімічний аналіз  
**В/в** – внутрішньовенно  
**ВООЗ** – Всесвітня організація охорони здоров'я  
**ВРІТ** – відділення реанімації та інтенсивної терапії  
**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  
**ПІТ** – палата інтенсивної терапії  
**ПСТ** – 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  
**ЮМЕ** – ювенільна міоклонічна епілепсія

## 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)

### ***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).

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

**1.4. Мета протоколу:** організація надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на епілепсію

**1.5. Дата складання протоколу:** березень, 2014 рік

**1.6. Дата перегляду протоколу:** березень, 2017 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 Державної установи «Інститут 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»
Морозов Анатолій Миколайович	Професор кафедри нейрохірургії Національного медичного університету імені академіка О.О. Богомольця, д.мед.н., професор (заступник голови з координації діяльності мультидисциплінарної робочої групи)
Степаненко Алла Василівна	Радник Міністра охорони здоров'я, 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.
Донченко Тетяна Миколаївна	Директор Департаменту з питань якості медичної та фармацевтичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України
Дубенко Андрій Євгенійович	Провідний науковий співробітник Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», д.мед.н., професор
Євтушенко Станіслав Костянтинович	Завідувач кафедри дитячої та дорослої неврології Донецького національного медичного університету імені М. Горького, д.мед.н., професор
Зінченко Олена Миколаївна	Головний спеціаліст Відділу високоспеціалізованої медичної допомоги Управління спеціалізованої медичної допомоги Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України, к.м.н.
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
Марценковський Ігор Анатолійович	Керівник відділу психічних розладів дітей та підлітків Державної установи «Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології» МОЗ України, доцент кафедри дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.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	Директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Психіатрія»
Танцура Людмила Миколаївна	Керівник відділу дитячої психоневрології і клінічної нейрогенетики Державної установи «Інститут неврології, психіатрії і наркології Національної академії медичних наук України»
Хаджинова Наталія Афанасіївна	Головний спеціаліст відділу медико-соціальної експертизи Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України
Харчук Сергій Михайлович	Керівник лікувально-діагностичного центру «Епілепсія» м. Київ, Президент Української протиепілептичної ліги, к.м.н.
Чабан Олег Созонтович	Завідувач відділу пограничних станів та соматичних розладів Українського науково-дослідного інституту

соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, професор кафедри медичної та загальної психології і педагогіки Національного медичного університету імені академіка О.О. Богомольця, 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
Костюк Костянтин Романович	завідувач відділення функціональної нейрохірургії Державної установи «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова АМН України», к.мед.н., Віце президент Української протиепілептичної ліги
Смоланка Володимир Іванович	Завідувач кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії Ужгородського національного університету; Директор Обласного клінічного центру нейрохірургії та неврології; Президент 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»
Черніцька М.В.	Експерт 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>.

### **Рецензенти:**

Дзяк Людмила  
Антонівна      Завідувач кафедри нервових хвороб та нейрохірургії ФПО  
Дніпропетровської державної медичної академії,  
Заслужений діяч науки і техніки України, головний  
позаштатний невролог ГУОЗ Дніпропетровської ОДА,  
д.мед.н., професор

Дубенко Євген  
Григорович      Професор-консультант науково-практичного медичного  
центру Харківського національного медичного  
університету, Заслужений діяч науки України, академік  
АНВШ, д.мед.н., професор

Волошина  
Наталія Петрівна      Керівник відділу нейроінфекції та розсіяного склерозу  
Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та  
наркології НАМН України», Заслужений діяч науки і  
техніки України, д.мед.н., професор

## **1.8. Коротка епідеміологічна інформація**

Розповсюдженість епілепсії в розвинутих країнах складає 5-10 випадків на 1000 населення. Згідно з результатами популяційних досліджень, що були проведені в розвинутих країнах, частота розвитку епілепсії коливається у межах від 0,28 до 0,53 на 1000 населення. В 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.

В Україні, за останніми даними [2012, МОЗ], налічується близько 100 000 хворих на епілепсію, але ця цифра з врахуванням середньостатистичного світового показника поширеності захворювання, швидше всього, занижена. У зв'язку з наданням допомоги хворим на епілепсію неврологами та психіатрами і, відповідно, завдяки подвійному кодуванню і реєстрації клінічної і експертної епідеміології, статистичні дані принципово некоректні і потребують нового регламентування.

## **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).

Епілептичний синдром – окрема форма епілепсії, яка характеризується типовим віком дебюту (залежність від віку), типовою комбінацією варіантів епілептичних нападів, типовими перебігом та відповіддю на терапію. Епілептичний синдром може також характеризуватися типовим ЕЕГ-патерном у міжприступному періоді.

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 нападів.

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

### III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

#### 3.1. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ, 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> <li>•</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> Надавати пацієнтам інформацію та рекомендації щодо здорового способу життя.</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</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</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> </ul>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
невролога .	спеціалізованих лікарняних закладах.	<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 пацієнта 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. Психосвітня 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</li> </ul>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		відносин між лікарем та пацієнтом
<b>4. Медикаментозне лікування</b>	Лікування епілепсії проводиться тільки за призначенням спеціаліста або в спеціалізованих ЗОЗ.	

### 3.2. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ, 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 пацієнта:</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>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<b>2. Невідкладна допомога</b>		
<p><b>Медикаментозне лікування:</b>            Бригадою невідкладної допомоги проводяться тільки заходи спрямовані на переривання актуального нападу та загальні реанімаційні заходи (за потребою)</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 нападів) понад 10 хвилин є показанням для невідкладної госпіталізації пацієнта.</li> </ul>	<p>Забезпечення прохідності дихальних шляхів            Призначення кисню (за потребою)            Проведення загальних реанімаційних заходів (за потребою)</p> <p>При тривалості нападу (нападів до 10 хвилин):            Діазепам – 0,3-0,4 мг/кг            Введення глюкози (50 мл 50%) та піридоксину (до 250 мг)            Розчин магнію сульфату 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 пацієнта до неврологічного відділення / реанімаційного відділення.</p>

### 3.3 ДЛЯ ЗАКЛАДІВ, 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 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. Також, встановлення етіології захворювання, клінічно важливих коморбідних станів. 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. Для діагностики та диференційної діагностики епілептичних та неепілептичних пароксизмальних станів (додаток 3) лікуючий</p>	<p><b>Обов'язкові:</b> 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, особливо у ночі, транзиторних порушень мови, енурезу</li> <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 пацієнта для виключення (або підтвердження) наявності соматичної патології, що могла призвести до виникнення нападів. Поглиблене неврологічне дослідження в динаміці. Лабораторні методи обстеження:</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	<p>невролог/психіатр має використовувати сучасні нейрофізіологічні та нейровізуалізаційні методи дослідження, а також мати змогу консультиувати пацієнта в інших спеціалістів для виключення неепілептичного характеру пароксизмальних порушень та діагностики низки супутніх патологічних станів</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Загальний аналіз крові (гемоглобін, гематокрит, лейкоцитарна формула, кількість тромбоцитів, згортання крові) (якщо не зроблено у ЗОЗ, що надає первинну медичну допомогу)</li> <li>• Загальний аналіз сечі</li> <li>• Б/х аналіз крові з визначенням: рівня глюкози, рівня кальцію, АСТ, АЛТ, білірубіну, креатиніну, лужної фосфатази, гамаглутаматамінотрансферази, електролітів, білку, сечовини, амілази</li> <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 змін особистості)</p> <p><b>Бажані:</b></p> <p>Тривалий моніторинг АТ: можлива заміна моніторингу регулярним вимірюванням АТ.</p>



Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p><b>ЕЕГ</b>-моніторинг.  <b>ЕКГ</b>–моніторинг при підозрі на кардіогенні пароксизми.  Дослідження плазмоконтрації ПЕП в крові  <b>Нейровізуалізація:</b> При негативному результаті МРТ головного мозку проводити МРТ дослідження на апараті з напругою магнітного поля не менше 1,5 Т.  Дослідження стану судинної системи мозку: МРТ/КТ в ангіографічному режимі  <b>Ультразвукове транскраніальне доплерографічне</b> дослідження повинне проводитися в каротидному і базилярному басейнах з пред'явленням адекватних функціональних навантажень.  <b>Отоневрологічне</b> обстеження (за показаннями).  Поглиблене <b>ендокринологічне обстеження</b> за наявності показань.  Психіатричне та нейропсихологічне обстеження проводиться за показаннями</p>
<b>2. Методи лікування</b>		
<p><b>2.1. Медикаментозне лікування</b>  <b>При первинно встановленому діагнозі, поновленні нападів після ремісії та фармакорезистентній епілепсії:</b> за призначенням спеціаліста ЗОЗ, що</p>	<p>Лікування епілепсії проводиться тільки в спеціалізованих лікарняних закладах: неврологічних, а за показаннями – в психіатричних.  Лікування повинно бути тривалим, безперервним, адекватним щодо</p>	<p><b>Необхідні:</b>  1. Призначення адекватних для типу нападів та форм епілепсії ПЕП в рекомендованих терапевтичних дозуваннях.  2. Контроль своєчасності і безперервності прийому препаратів за призначенням спеціаліста ЗОЗ, що надає третинну медичну допомогу.  3. Формування лояльності</p>

<b>Положення протоколу</b>	<b>Обґрунтування</b>	<b>Необхідні дії</b>
<p>надає третинну медичну допомогу, з внесенням необхідних корективів за клінічними показаннями.</p> <p><b>Стан стійкої ремісії:</b> супровід підтримуючої терапії</p> <p><b>Ускладнення протиепілептичної терапії:</b> медикаментозне лікування за призначенням спеціаліста ЗОЗ, що надає третинну медичну допомогу, та продовження лікування патологічних змін з боку інших органів і систем</p>	<p>типу нападів та форми епілепсії і таким, що досягає контролю над нападами, або максимально зменшує їх частоту при мінімальних побічних діях</p>	<p>(прихильності) пацієнта і сім'ї до лікування.</p> <p>4. Лікування етіологічного чинника, який привів до розвитку епілепсії (за можливості).</p> <p>5. Лікування супутніх захворювань.</p>
<p><b>2.2. Вторинна профілактика</b> Пацієнти з епілепсією потребують диспансеризації</p>	<p>Основними напрямками профілактики є запобігання провокації епілептичних нападів, ускладнень захворювання та моніторинг побічних дій ПЕП.</p>	<p><b>Необхідні:</b></p> <p>1. Заповнення Карти диспансерного спостереження (Форма 30)</p> <p>2. Підготовка і дотримання Плану диспансерного спостереження (форма 025-о)</p> <p>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</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p>рекомендацій по працевлаштуванню.</p> <p>4. Своєчасне скерування у ЗОЗ, що надає третинну медичну допомогу, для планового проведення високотехнологічних методів дослідження (ЕЕГ, МРТ, КТ, дослідження рівня ПЕП тощо).</p> <p>5. Контроль зі сторони пацієнта або його родичів за частотою нападів у випадках неможливості повної ремісії. Спостереження зі сторони пацієнта або його родичів за регулярністю прийому ПЕП.</p> <p><b>Бажані:</b> Психосвітня робота з пацієнтом та його родиною, когнітивно-поведінкова та інші форми психотерапії з пацієнтом.</p>
<p><b>2.3. Стаціонарне лікування</b></p> <p>Початок епілептичних нападів, або невизначених пароксизмальних станів, частота й важкість яких є загрозовою для пацієнта</p>	<p>Епілептичні напади, невизначені пароксизмальні стани, частота і важкість яких є загрозовою для пацієнта, є прямим показом для негайної госпіталізації пацієнта до неврологічного стаціонару або ВРІТ, ретельного обстеження з метою виявлення причин, що обумовлюють виникнення погіршення стану пацієнта, та визначення</p>	<p><b>Обов'язкові:</b> Хворий госпіталізується в неврологічний стаціонар. Алгоритм обстеження такий же, як описано вище, однак його треба проводити в найбільш короткий термін, для встановлення діагнозу та визначення терапевтичної тактики (доцільність призначення ПЕП першої лінії вибору відповідно до типу нападів). Навіть при незначних діагностичних складнощах – скерування у ЗОЗ, що надає третинну медичну допомогу.</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	терапевтичної тактики.	
Значне почастішання епілептичних нападів або посилення їх важкості	Лікування епілепсії, яка ускладнилась скороченням терміну між нападами або посиленням їх важкості, потребує госпіталізації у спеціалізований неврологічний стаціонар за умов тривалості й безперервності терапії.	<b>Обов'язкові:</b> Госпіталізація в неврологічний стаціонар. Якщо у клінічній картині нападів, або у постіктальному періоді домінують психічні порушення, можлива госпіталізація у психіатричний стаціонар. При можливості – усунення чинників, які привели до погіршення стану та корекція супутніх порушень. Корекція схеми ПЕП.
Розвиток епілептичного статусу	Обов'язковою умовою лікування та запобігання виникненню загрозливих для життя пацієнта станів є госпіталізація до неврологічного стаціонару або до ВРІТ для проведення адекватних реанімаційних заходів та вирішення доцільності подальшого нейрохірургічного втручання.	<b>Обов'язкові:</b> госпіталізація в реанімаційне відділення з проведенням комплексу заходів інтенсивної терапії у відповідності до протоколів. Визначення показань до подальшого лікування у стаціонарі ЗОЗ, що надає третинну медичну допомогу: розвиток статусу з невстановленої причини – після стабілізації стану пацієнта, неефективність лікувальних заходів протягом трьох годин, доцільність подальшого нейрохірургічного лікування.

<b>Положення протоколу</b>	<b>Обґрунтування</b>	<b>Необхідні дії</b>
Розвиток серйозних ускладнень протиепілептичної терапії	Лікування важкого стану пацієнта, що виник як ускладнення протиепілептичної терапії, потребує негайної госпіталізації у неврологічний стаціонар з метою вирішення доцільності реанімаційних заходів у ВРІТ та корекції схеми ПЕП.	<b>Обов'язкові:</b> Госпіталізація в стаціонар відповідно профілю ускладнення. Препарати для дезінтоксикації та десенсибілізації, осмотичні діуретики, протинабрякові препарати, гепатопротектори. Корекція схеми ПЕП. При подовжених симптомах інтоксикації та необхідності значної корекції схеми ПЕП скерування у ЗОЗ, що надає третинну медичну допомогу. <b>Бажані:</b> Використання обмінного плазмаферезу.
Розвиток психічних та поведінкових розладів	Потребують госпіталізації хворі з: 1) психотичними розладами, 2) деменцією. 3) неможливістю забезпечення життєдіяльності, надання допомоги пацієнту з боку родичів При наявності соціально небезпечних дій або намірів, ауто- або гетеро агресивної поведінки необхідна невідкладна госпіталізація	<b>Обов'язкові:</b> Призначення відповідно до показань АП, АД, анксиолітиків, засобів для лікування деменцій та когнітивних розладів. При відсутності психіатричного стаціонару ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу – госпіталізація у ЗОЗ, що надає третинну медичну допомогу. <b>Бажані:</b> психотерапія (РП, СП, КБТ) відповідно до показань

### 3.4 ДЛЯ ЗАКЛАДІВ, 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 (не менше 1,5 Тл)</li> <li>• ЕЕГ з можливістю подальшого моніторингу (відео-моніторингу)</li> <li>• Тривалий моніторинг АТ</li> <li>• Тривалий моніторинг ЕКГ при необхідності виключення пароксизмі, що пов'язані з серцевими аритміями</li> <li>• Консультації психіатра та/або лікаря-психолога при наявності психопатологічних проявів (у структурі нападу або період між нападами).</li> <li>• Консультація нейрохірурга при наявності</li> </ul>	<p>Метою діагностики є встановлення діагнозу «епілепсія», типів епілептичних нападів та форми епілепсії. Також, встановлення етіології захворювання, клінічно важливих коморбідних станів. 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. Для діагностики та диференційної діагностики епілептичних та неепілептичних пароксизмальних станів (додаток 3) лікуючий невролог/психіатр має використовувати сучасні нейрофізіологічні та</p>	<p><b>Обов'язкові:</b> клінічна діагностика: 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 пологової 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; немотивованих фобій та психомоторного збудження, особливо уночі, пароксизмальних рухових розладів, транзиторних порушень мови, енурезу.</li> <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 пацієнта для виключення (або підтвердження) наявності соматичної патології, що могла призвести до виникнення нападів. Поглиблене неврологічне дослідження в динаміці.</p>

<b>Положення протоколу</b>	<b>Обґрунтування</b>	<b>Необхідні дії</b>
<p>структурних змін головного мозку, резистентності до медикаментозного лікування)</p>	<p>нейровізуалізаційні методи дослідження, а також мати змогу консультивати пацієнта в інших спеціалістів для виключення неепілептичного характеру пароксизмальних порушень та діагностики низки супутніх патологічних станів</p> <p>Показання до хірургічного лікування хворих з епілепсією мають бути сформульовані тільки групою спеціалістів з діагностики та лікування епілепсії (неврологом, епілептологом, нейрофізіологом, нейрохірургом та нейрорадіологом).</p>	<p>Лабораторні методи обстеження:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Загальний аналіз крові (гемоглобін, гематокрит, лейкоцитарна формула, кількість тромбоцитів) – якщо не зроблено у ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу.</li> <li>• Загальний аналіз сечі – якщо не зроблено у ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу.</li> <li>• Б/х аналіз крові з визначенням: рівня глюкози, рівня кальцію, рівнів калію і натрію, АСТ, АЛТ, білірубіну, креатиніну, лужної фосфатази, гамаглутаматамінотрансферази, білкових фракцій, сечовини, амілази.</li> <li>• Вірусологічне та імунологічне дослідження (за показаннями) – кров, ліквор.</li> <li>• Показники гормонального статусу (після консультації ендокринолога за потребою)</li> <li>• генетичне консультування</li> </ul> <p>ЕЕГ (фоновий запис не менше 20 хвилин з наступними функціональними пробами), МРТ головного мозку (не менше 1,5 Тл із застосуванням тонких Е-1 мм безперервних зрізів в коронарній проекції перпендикулярно до осі гіпокампу у режимах T1WI T2WI та режим із подавленням сигналу від</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p>рідини (FLAIR) або зображення протонної щільності),  КТ – ангіографія (з контрастним підсиленням)/  МРТ- ангіографія (за показаннями).</p> <p>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 психотичних, когнітивних змін та значних змін особистості)</p> <p><b>Бажані:</b>  Тривалий моніторинг АТ  <b>ЕЕГ-</b> моніторинг/відеомоніторинг. (відео-ЕЕГ моніторинг з фіксацією не менше 3-х нападів перед хірургічним втручанням)  <b>ЕКГ</b>–моніторинг при підозрі на кардіогенні пароксизми.  Дослідження плазмоконтрації ПЕП в крові (за показаннями)  <b>Ультразвукове транскраніальне доплерографічне</b> дослідження повинне проводитися в каротидному і базилярному басейнах з пред’явленням адекватних функціональних навантажень.  <b>Отоневрологічне</b> обстеження</p>



<b>Положення протоколу</b>	<b>Обґрунтування</b>	<b>Необхідні дії</b>
		<p>(за показаннями).  Поглиблене <b>ендокринологічне обстеження</b> за наявності показань.  Психіатричне та нейропсихологічне обстеження проводиться за показаннями (в т.ч. обов'язково перед хірургічним втручанням)  З метою уточнення локалізації епілептичного фокусу – проведення : позитронно-емісійної томографії; субстракції перфузійних зображень (однофотонна емісійна комп'ютерна томографія) мозку у міжпадовому стані, під час епілептичного нападу та їх кореляції з МРТ; реєстрацію ЕЕГ за допомогою субдуральних та внутрішньомозкових електродів, а також інтраопераційну кіркову ЕЕГ (в рамках передопераційного обстеження).</p>
<b>2. Методи лікування</b>		
<p><b>2.1. Медикаментозне лікування</b>  <b>Дебют хвороби</b> (підозра на епілепсію, первинна діагностика) чи <b>поновлення</b> нападів після ремісії є показання для консультування у ЗОЗ, що надає третинну медичну</p>	<p>Лікування епілепсії проводиться тільки в спеціалізованих лікарняних закладах: неврологічних, а за показаннями – в психіатричних. Лікування повинно бути тривалим, безперервним,</p>	<p><b>Обов'язкові:</b> призначення ПЕП першої та другої лінії вибору відповідно до типу нападів при неефективності монотерапії призначається політерапія (Таблиця додається)  Лікування нападів починають із монотерапії препаратом першої лінії</p>

<b>Положення протоколу</b>	<b>Обґрунтування</b>	<b>Необхідні дії</b>
<p>допомогу.</p> <p><b>Лікування:</b> підбір, початок/корекція медикаментозного лікування. Контроль ефективності лікування.</p> <p>Скерування на диспансерне спостереження до лікаря-невролога ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу.</p> <p>При наявності показань за результатами обстеження на амбулаторному етапі – госпіталізація (дебют епілептичних нападів, або невизначених пароксизмальних станів, частота й важкість яких є загрозовою для пацієнта); розвиток психічних та поведінкових розладів при неефективності або неможливості лікування у ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу.</p> <p><b>Фармакорезистентна епілепсія</b></p> <p><b>Лікування:</b> корекція лікування протиепілептичними препаратами.</p> <p>Визначення показань</p>	<p>адекватним щодо типу нападів та форми епілепсії і таким, що досягає контролю над нападами, або максимально зменшує їх частоту з мінімальними побічними діями ПЕП.</p> <p>Лікування завжди починається з монотерапії препаратом першої лінії вибору.</p> <p>Політерапія призначається після неефективного лікування двома препаратами першої лінії вибору в максимально переносимих дозуваннях.</p> <p>Неефективність терапевтичних заходів є показанням до оцінки можливості хірургічного лікування.</p> <p>Показаннями для скерування на III рівень МД є епілепсії, що характеризуються рецидивуванням, резистентністю, ускладненнями, низькою прихильністю пацієнта до терапії, нестійкою трудовою та соціальною адаптацією, соціально небезпечними діями та частими</p>	<p>вибору, ефективність якого оцінюють протягом періоду не менш 3 місяців після досягнення терапевтичної дози препарату.</p> <p>ПЕП обирається залежно від статі, віку й соціального функціонування пацієнта. При виборі ПЕП першої лінії враховуються можливі побічні ефекти, що найбільш часто зустрічаються і можуть погіршити якість життя хворих більшою мірою, ніж наявність епілептичних нападів. При ефективності першого призначення ПЕП його призначають довгостроково в терапевтичних дозуваннях для тривалого прийому протягом мінімум 3 років після останнього нападу.</p> <p>При неефективності першого призначеного ПЕП в якості монотерапії призначають інший препарат першої лінії вибору також в монотерапії. Для цього другий препарат доводять до терапевтичної дози і лише потім поступово відмінюють перший неефективний ПЕП. При ефективності терапевтичних доз другого ПЕП його також призначають довгостроково й безперервно протягом мінімум 3 років. Якщо у пацієнта, який приймав лише один препарат першої лінії вибору, частота та важкість нападів суттєво знижує якість соціального</p>

<b>Положення протоколу</b>	<b>Обґрунтування</b>	<b>Необхідні дії</b>
до стаціонарного лікування (значне почастішання епілептичних нападів або посилення їх важкості; розвиток епілептичного статусу, при неефективності лікування у ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу; розвиток серйозних ускладнень протиепілептичної терапії).	госпіталізаціями у ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу.	<p>функціонування, то при неефективності першої монотерапії можливий перехід на лікування двома ПЕП.</p> <p>При неефективності монотерапії другим ПЕП переходять на терапію двома ПЕП. З перших 2-х препаратів вибирають той, який був більш ефективний (для конкретного пацієнта) і краще переноситься пацієнтом. 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 під контролем плазмоконтентрації ПЕП (бажано). 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 або іншого типу нападу. Призначення більше 3-х ПЕП недоцільне.</p> <p>Лікування етіологічного чинника, який привів до розвитку епілепсії (за можливості)</p> <p>Лікування супутніх захворювань.</p>

<b>Положення протоколу</b>	<b>Обґрунтування</b>	<b>Необхідні дії</b>
<b>Визначення показань до нейрохірургічного лікування</b>	Після встановлення діагнозу «епілепсія» обов'язковою є консультація нейрохірурга в наступних випадках: наявність морфологічного вогнища при проведенні томографії у пацієнтів в дебюті епілепсії; негативна динаміка морфологічного вогнища при проведенні повторного нейровізуалізаційного дослідження у пацієнтів з довготривалою епілепсією; фармакорезистентність епілепсії.	Консультацію має проводити нейрохірург із досвідом лікування фармакорезистентної епілепсії.
<b>Ускладнення протиепілептичної терапії</b>	Важливо встановити зв'язок того чи іншого ускладнення з прийомом конкретного ПЕП, чи їх комбінації.	<b>Обов'язкові:</b> Визначення плазмо концентрації ПЕП. Препарати для дезінтоксикації та десенсибілізації, осмотичні діуретики, протинабрякові препарати, гепатопротектори. Корекція схеми ПЕП. При неможливості амбулаторного лікування – госпіталізація в відповідний характеру побічної дії стаціонар. При наявності психічних ускладнень призначення за необхідності відповідно до показань АП та анксиолітиків, можлива госпіталізація в психіатричний стаціонар.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<b>2.2. Вторинна профілактика</b>		Рекомендації з диспансерного спостереження у ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу.
<b>2.3. Стаціонарне лікування</b>		Згідно з показаннями до стаціонарного лікування у ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу. Нейрохірургічна стаціонарна допомога
Дебют епілептичних нападів, або невизначених пароксизмальних станів, частота й важкість яких є загрозовою для пацієнта	Пацієнт скеровується у ЗОЗ, що надає третинну медичну допомогу, навіть при незначних діагностичних складнощах, коли пацієнт потребує додаткового спеціалізованого обстеження.	Хворий госпіталізується в неврологічний стаціонар. Алгоритм обстеження такий же, як описано вище, однак його треба проводити в найбільш короткий термін, для встановлення діагнозу та визначення терапевтичної тактики (доцільність призначення ПЕП першої лінії вибору відповідно до типу нападів).
Значне почастищення епілептичних нападів або посилення їх важкості.	Потребує стаціонарного лікування у ЗОЗ, що надає третинну медичну допомогу, якщо не можна проводити таке лікування амбулаторно, терапія у ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу, була неефективною, та у випадках, коли пацієнт вимагає додаткового спеціалізованого обстеження.	<b>Обов'язкові:</b> Госпіталізація в неврологічний стаціонар. Якщо у клінічній картині нападів, або у постіктальному періоді домінують психотичні порушення, можлива госпіталізація у психіатричний стаціонар. При можливості – усунення чинників, які привели до погіршення стану та корекція супутніх порушень. Корекція схеми ПЕП.

<b>Положення протоколу</b>	<b>Обґрунтування</b>	<b>Необхідні дії</b>
Розвиток серйозних ускладнень протиепілептичної терапії	Тільки при триваючих симптомах інтоксикації та необхідності значної корекції схеми ПЕП можливо скерування на третинний рівень.	<b>Обов'язкові:</b> Госпіталізація у відповідний стаціонар. Корекція схеми ПЕП. При наявності психічних ускладнень призначення за необхідності відповідно до показань АП та анксиолітиків, можлива госпіталізація в психіатричний стаціонар. <b>Бажані:</b> Використання обмінного плазмаферезу (за показаннями)
Розвиток психічних та поведінкових розладів	Потребують госпіталізації хворі з: <b>1)</b> психотичними розладами, <b>2)</b> деменцією. <b>3)</b> неможливістю забезпечення життєдіяльності, надання допомоги пацієнту з боку родичів При наявності соціально небезпечних дій або намірів, ауто- або гетеро агресивної поведінки необхідна невідкладна госпіталізація	<b>Обов'язкові:</b> Госпіталізація в психіатричний стаціонар. Призначення відповідно до показань АП, АД, анксиолітиків, засобів для лікування деменцій та когнітивних розладів <b>Бажані:</b> психотерапія (РП, СП, КБТ, ПСТ) відповідно до показань
Розвиток епілептичного статусу	Показання до подальшого лікування у стаціонарі ЗОЗ, що надає третинну МД (після вторинної МД): розвиток статусу з невстановленої причини – після стабілізації стану пацієнта, неефективність	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Терапії раннього ЕС</b></li> <li>– Діазепам 20 мг (4 мл 0,5 % розчину) внутрішньовенно</li> <li>– Можливе застосування осмотичних діуретиків</li> <li>• <b>Лікування на стадії розгорнутого ЕС</b></li> <li>– Діазепам до 40 мг (8 мл 0,5 % розчину),</li> <li>– Вальпроєва кислота до 1500 мг внутрішньовенно</li> </ul>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	<p>лікувальних заходів протягом трьох годин, доцільність подальшого нейрохірургічного лікування. Лікування має проводитися у реанімаційному відділенні лікарем анестезіологом спільно з фахівцем у галузі епілептології (невролог/ психіатр). Окрім рекомендацій, що надані, має проводитися комплекс загально-реанімаційних заходів.</p>	<p>крапельно (струйно не більше 500мг)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Осмотичні діуретики та інші протинабрякові засоби (розчин магнію сульфату, манітол, дексаметазон, преднізолон, гідрокортизон)</li> <li>– При необхідності – профілактика кардіореспіраторних, вегетативних, метаболічних і системних ускладнень</li> <li>• <b>Лікування на стадії резистентного ЕС</b></li> <li>– Проводиться внутрішньовенний наркоз – тіопентал, натрію оксибутират, пропофол (за виключенням кетаміну)</li> <li>– Можливо використання засобів для інгаляційного наркозу</li> <li>– ЕЕГ або ЕЕГ-відеомоніторинг.</li> <li>– Діазепам до 60 мг на добу,</li> <li>– Вальпроева кислота до 4000 мг на добу внутрішньовенно крапельно (струйно не більше 500 мг одноразово)</li> <li>– Профілактика й лікування кардіореспіраторних, вегетативних, метаболічних і системних ускладнень</li> </ul>
<p><b>Рекомендації при виписуванні зі стаціонару</b></p>	<p>Епілепсія є хронічним захворюванням, що потребує тривалого безперервного лікування ПЕП, наступності та взаємодії лікарів всіх</p>	<p><b>Обов'язкові:</b> Надання рекомендацій з диспансерного спостереження для лікарів, які надають вторинну (спеціалізовану) МД (див. вище). Чітка і зрозуміла для пацієнта та його родичів схема</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	ланок МД.	довготривалого прийому протиепілептичних препаратів (із зазначенням назви препарату, дози і кратності прийому), а також схема прийому інших лікарських засобів. Лабораторна діагностика 1 раз на 6 місяців (аналіз крові клінічний з тромбоцитогранулою, 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 лікарю, який надає вторинну (спеціалізовану) МД. Проведення ПСТ з метою зменшення стигматизуючого впливу захворювання на пацієнта та його оточуючих.	<b>Обов'язкові:</b> 1. Контроль за дотриманням плану диспансерного спостереження. 2. Психологічна допомога 3. Забезпечення можливості швидкого звернення у разі погіршення стану здоров'я до ЗОЗ, що надають третинну (високоспеціалізовану) МД.. <b>Бажані:</b> Консультації спеціалістів, які не були проведені в закладі, що надає вторинну (спеціалізовану) МД.
<b>Хірургічне лікування</b>	Хворі з фармакорезистентною формою епілепсії розглядаються як потенційні кандидати до хірургічного	<b>Обов'язкові:</b> Госпіталізація в нейрохірургічний стаціонар або епілептичний центр, де є можливість провести високотехнологічні



Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	<p>лікування. Таким хворим має проводитись комплекс клініко-інструментальних обстежень, направлених на виявлення можливості проведення хірургічного лікування та його безпеки. У випадку встановлення фармакорезистентної епілепсії та наявності показань до хірургічного лікування оперативне втручання повинно проводитись якнайшвидше, оскільки доведено, що тривалий перебіг хвороби знижує ймовірність одержання позитивного результату після операції.</p>	<p>нейровізуалізаційні та електрофізіологічні (включаючи інвазивні) дослідження.</p> <p>У випадку встановлення показів до хірургічного лікування, проведення певного виду хірургічного втручання, залежно від форми епілепсії, перебігу захворювання та особливостей структурно-функціональних змін головного мозку у хворих на епілепсію.</p> <p>Показання до хірургічного лікування хворих з епілепсією мають бути сформульовані групою спеціалістів з діагностики та лікування епілепсії (неврологом, епілептологом, нейрофізіологом, нейрохірургом та нейрорадіологом).</p> <p><b>Бажані:</b> з метою уточнення локалізації епілептичного фокусу – проведення : при потребі також: позитронно-емісійної томографії; субстракції перфузійних зображень (однофотонна емісійна комп'ютерна томографія) мозку у міжпападному стані, під час епілептичного нападу та їх об'єднання з МРТ; реєстрацію ЕЕГ за допомогою субдуральних та внутрішньомозкових електродів, а також інтраопераційну коркову ЕЕГ (за показаннями).</p>

#### IV. Опис етапів медичної допомоги

##### Опис видів, етапів та обсягів медичної допомоги в залежності від клінічного стану пацієнта

Клінічні стани	Види, етапи та обсяги медичної допомоги
<p><b>1. Дебют хвороби</b> (підозра на епілепсію, первинна діагностика), <b>поновлення</b> нападів після ремісії</p>	<p><b>Екстрена медична допомога:</b> клінічний огляд, екстрена медична допомога, профілактика травмування пацієнта під час нападу, госпіталізація за показаннями (тривалість нападу більше ніж 10 хвилин, серійні напади, повторення епілептичного нападу/дів протягом доби, порушення вітальних функцій під час нападу і/або травмування пацієнта, тривале (більше 10 хвилин) порушення психічних функцій або вогнищева неврологічна симптоматика після нападу, вагітність, епілептичний статус), до ЗОЗ, що надає вторинну/третинну МД; скерування до лікаря – спеціаліста ЗОЗ, що надає вторинну МД (амбулаторно) – при компенсованому стані пацієнта і відсутності актуальних супутніх соматичних і неврологічних захворювань, при розвитку одного епілептичного нападу або поновленні епілептичних нападів у пацієнта з історією епілепсії після ремісії.</p> <p><b>Первинна МД:</b> <i>обов'язкові</i> дослідження – збір анамнезу, клінічне обстеження, вимір АТ, загальний аналіз крові, визначення рівня глюкози в крові, ЕКГ, направлення до лікаря-спеціаліста ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу.</p> <p><b>Вторинна МД, амбулаторний етап:</b> <i>обов'язкові</i> дослідження – збір анамнезу, клінічне неврологічне обстеження, лабораторна діагностика (загальний аналіз сечі, б/х аналіз крові з визначенням: рівня кальцію, АСТ, АЛТ, білірубіну, креатиніну, лужної фосфатази, електролітів, білку, сечовини, амілази, молочної кислоти); скерування у ЗОЗ, що надає третинну МД; <i>додаткові</i> (за показаннями) – консультації психіатра, офтальмолога, ендокринолога, лікаря-психолога.</p> <p><b>Третинна МД, амбулаторний етап:</b> <i>обов'язкові</i> – збір анамнезу, клінічне неврологічне обстеження, лабораторна діагностика – б/х аналіз крові з визначенням гамаглутаматамінотрансферази, церулоплазміну; ЕЕГ; МРТ; визначення вмісту ПЕП у крові (в разі поновлення нападів після ремісії); <i>додаткові</i> (за показаннями) – лабораторна діагностика (нейрогенетичні, вірусологічні, імуноферментні</p>

	<p>дослідження), консультація нейрохірурга, генетика.</p> <p><b>Лікування:</b> підбір, початок/корекція медикаментозного лікування. Контроль ефективності лікування. Скерування на диспансерне спостереження лікарем-неврологом ЗОЗ, що надає вторинну МД.</p> <p>При наявності показань за результатами обстеження на амбулаторному етапі – госпіталізація (значне почастищення нападів і/або посилення їх важкості, наявність тяжких неврологічних і/або соматичних захворювань, вагітність, наявність в неврологічному статусі симптоматики і/або клінічно-значимих психічних порушень, неефективність протиепілептичного лікування, клінічно-значимі відхилення в результатах лабораторних досліджень, побічні дії ПЕП, наявність при нейровізуалізації патологічних змін, що можуть потребувати нейрохірургічного втручання, актуальна гостра неврологічна патологія, що могла викликати напад: енцефаліт, менінгіт, гостра енцефалопатія, черепно-мозкова травма, електролітні порушення, гострий мозковий інсульт, прийом або відміна психотропних речовин та ін.).</p> <p><b>Третинна МД, стаціонарний етап:</b> тривалий моніторинг: АТ, ЕКГ, ЕЕГ-моніторинг, МРТ дослідження на апараті з напругою магнітного поля не менше 1,5 Т, ультразвукове транскраніальне доплерографічне дослідження, МРТ в ангиографічному режимі, отоневрологічне обстеження, поглиблене ендокринологічне обстеження, психологічне і психодіагностичне (патопсихологічне, нейропсихологічне) обстеження.</p> <p><b>Лікування:</b> підбір, початок/корекція медикаментозного лікування. Контроль ефективності лікування. Скерування на диспансерне спостереження лікарем-неврологом ЗОЗ, що надає вторинну МД.</p>
<p><b>2. Стан стійкої ремісії</b></p>	<p><b>Первинна МД:</b> психоосвітня робота з пацієнтом та його родичами; формування прихильності до лікування.</p> <p><b>Вторинна МД:</b> диспансерне спостереження (4 рази на рік): клінічна діагностика, <i>обов'язкові</i> методи дослідження (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,</p>

	<p>трансамінази, лужна фосфатаза, креатинін, вміст фолієвої кислоти. ЕЕГ обстеження не рідше 1 раз на 6 міс. МРТ головного мозку 1 раз на 1-3 роки); консультації спеціалістів (невролога і/або психіатра 1 раз на рік залежно від спеціальності лікаря, що спостерігає пацієнта; консультація нейрохірурга при візуалізації морфологічного вогнища в дебюті епілепсії; динаміка морфологічного вогнища при проведенні динамічного МРТ/КТ дослідження у пацієнтів з довготривалою епілепсією; фармакорезистентність епілепсії); корекція підтримуючої терапії; моніторинг побічних дій лікарських препаратів та профілактика ускладнень фармакотерапії; визначення вмісту ПЕП у крові (при неефективності терапії, при появі клінічно-значимих побічних дій ПЕП, при вагітності та плануванні вагітності – обов’язково; бажано – при переході на іншу комерційну форму препарату, значній зміні маси тіла, при переході на політерапію, приєднанні коморбідного захворювання); рекомендації щодо режиму та поведінки.</p> <p><i>Додаткові</i> (при потребі) методи дослідження, консультації відповідних спеціалістів.</p>
<p><b>3.</b> <b>Фармакорезистентна епілепсія</b></p>	<p><b>Первинна МД:</b> збір анамнезу, клінічне обстеження, направлення до лікаря-спеціаліста ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу.</p> <p><b>Вторинна МД, амбулаторний етап:</b> збір анамнезу, клінічне неврологічне обстеження, скерування у ЗОЗ, що надає третинну рівень МД.</p> <p><b>Третинна МД, амбулаторний етап:</b> збір анамнезу, клінічне неврологічне обстеження, ЕЕГ, МРТ, визначення вмісту ПЕП в крові. Консультація нейрохірурга.</p> <p><b>Лікування:</b> корекція лікування протиепілептичними препаратами. Визначення показань до стаціонарного лікування (розвиток епілептичного статусу або серії нападів; 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). Визначення показань до нейрохірургічного</p>

	<p>лікування – прогресуючий перебіг захворювання, зростаюча частота і вираженість епілептичних нападів, прогресуючі психічні розлади; наявність вогнищового структурного ураження головного мозку різного генезу, яке задіяне в епілептогенезі захворювання.</p>
<p><b>Ускладнення</b> протиепілептичної терапії</p>	<p><b>Первинна МД</b> – надання невідкладної допомоги (за потребою), скерування у ЗОЗ, що надає вторинну МД.</p> <p><b>Вторинна МД, амбулаторний етап</b> – оцінювання важкості ускладнень, при необхідності проведення стаціонарного лікування (див. вище), оцінка необхідності скерування у ЗОЗ, що надає третинну МД, для вирішення питання зміни схеми ПЕП в амбулаторних чи стаціонарних умовах.</p> <p><b>Третинна МД, амбулаторний етап</b> – корекція схеми ПЕП, стаціонарний етап – Тільки при подовжених симптомах інтоксикації госпіталізація у ЗОЗ, що надає третинну МД.</p>
<p><b>Епілептичний статус</b></p>	<p><b>Екстрена медична допомога, Первинна МД, Вторинна МД – амбулаторний етап:</b> екстрена медична допомога на догоспітальному етапі; екстрена госпіталізація у стаціонар ЗОЗ, що надає вторинну МД (ПІТ) або відділення (палату) реанімації.</p> <p><b>Вторинна МД, стаціонар (ПІТ або відділення (палата) реанімації:</b> ЕЕГ дослідження, ЕКГ, комплекс обстежень, необхідний для проведення інтенсивної терапії, сумісна консультація невролога та реаніматолога-анестезіолога. Визначення показань до подальшого лікування у стаціонарі ЗОЗ, що надає третинну МД (розвиток статусу у пацієнта без епілепсії в анамнезі, невстановлена причина статусу, тривалість більш 60 хвилин, неможливість проведення адекватних реанімаційних заходів, доцільність подальшого нейрохірургічного лікування). при неефективності - своєчасне скерування у ЗОЗ, що надає третинну МД.</p> <p><b>Лікування:</b> комплекс інтенсивної терапії у відповідності до протоколів надання реанімаційної допомоги. Визначення показань до подальшого лікування у стаціонарі ЗОЗ, що надає третинну МД – показання до подальшого лікування у стаціонарі ЗОЗ, що надає третинну МД (після вторинної МД) – розвиток статусу у пацієнта без епілепсії в анамнезі, невстановлена причина статусу, тривалість більш 60 хвилин,</p>

	неможливість проведення адекватних реанімаційних заходів, доцільність подальшого нейрохірургічного лікування
--	--

Таблиця 1

## Застосування протиепілептичних препаратів у залежності від типу нападів

Тип нападу	1-ша лінія	2-га лінія	Можливість застосування	ПЕП протипоказані для застосування
Генералізовані тоніко-клонічні, тонічні, клонічні	вальпроєва кислота, ламотриджин	карбамазепін, леветирацетам окскарбазепін топірамат, фенобарбітал,	габапентин, прегабалін, фенітоїн	При наявності абсансів, міоклоній, підозра на ЮМЕ: габапентин карбамазепін окскарбазепін прегабалін фенітоїн,
Міоклонічні	вальпроєва кислота, леветирацетам топірамат	клоназепам	ламотриджин, пірацетам фенобарбітал	габапентин карбамазепін окскарбазепін прегабалін фенітоїн, підозра на ЮМЕ – ламотриджин
Абсанси	вальпроєва кислота	клоназепам, ламотриджин, леветирацетам	топірамат	габапентин карбамазепін окскарбазепін прегабалін фенітоїн,
Парціальні	вальпроєва кислота, ламотриджин, леветирацетам карбамазепін, окскарбазепін топірамат,	фенітоїн	габапентин клоназепам прегабалін фенобарбітал	
Вторинно генералізовані	вальпроєва кислота, ламотриджин, карбамазепін, окскарбазепін леветирацетам топірамат	фенітоїн	габапентин прегабалін клоназепам фенобарбітал	
Недиферен-	вальпроєва	ламотриджин,	фенобарбітал	

Тип нападу	1-ша лінія	2-га лінія	Можливість застосування	ПЕП протипоказані для застосування
ційовані	кислота топірамат	леветирацетам		

### ***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 BOO3).

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 і
- обрати ПЕП.

**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 напад.
- Напад, 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 неврологічної патології, що викликала напад

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

- безумовні 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»;
- сімейний анамнез епілепсії;
- важкий характер нападів, розвиток яких загрожує життю або здоров'ю пацієнта;
- наявність в анамнезі періодів або станів порушень свідомості;
- неприпустимість розвитку повторного нападу для пацієнта

*Якщо прийнято рішення починати лікування, вибір ПЕП препаратів повинен здійснюватися з урахуванням наступних чинників.*

1. Тип нападу.
2. Синдром епілепсії.
3. Стать пацієнта.
4. Супутні захворювання.
5. Вік пацієнта.

Лікування пацієнтів з епілепсією починають з монотерапії препаратом першої лінії вибору. Ефективність лікування оцінюють через 3 місяці 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.

При ефективності першого призначеного ПЕП його рекомендують вживати тривало в терапевтичних дозах протягом 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 3 років. Якщо у пацієнта на першій монотерапії, частота та тяжкість нападів суттєво знижує якість соціального функціонування, то можливий перехід на лікування відразу двома ПЕП.

При неефективності монотерапії другим ПЕП перехід на прийом третього 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.

Комбінації більше 3-х ПЕП вважаються неефективними через неможливість оцінити їх взаємодію з неминучою сумациєю 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

Взаємодія на АЗТ	AZM	BZD	CBZ	LCA	GBP	LEV	LTG	PB	PGB	PHT	TPM	VPA	OCZ
AZM								↓					
BZD	↓						↓	↑					
CBZ	! ↑							↓		↓		↓ ↑	
LCA			↓					↓		↓			
GBP													
LEV			↓					↓		↓			
LTG			↓					↓		↓		↑ ↑	↓
PB	! ↑		↓								↑	↑ ↑	
PGB	! ↑		↓										
PHT		↑	↓ ↑					↓ ↑			↑	↑	
TPM			↓					↓		↓			
VPA	↑		↓ ↓					↓ ↓		↓ ↓			↓
OCZ												↓	

Умовні позначення:

AZM – ацетазоламід  
 BZD – бензодіазепіни  
 CBZ – карбамазепін  
 GBP – габапентин  
 LEV – леветирацетам  
 LTG – ламотриджин

PB – фенобарбітал  
 PGB – прегабалін  
 PHT – фенітоїн  
 TPM – топірамат  
 VPA – вальпроєва кислота  
 OCZ – окскарбазепін

Добові дози ПЕП, зареєстрованих в Україні:

Кислота вальпроєва 500-3000 (1000) мг/добу

Карбамазепін 400-2000 (600-800) мг/добу

Фенобарбітал (бензобарбітал) 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

Габапентин 1200-4800 (2400) мг/добу

Прегабалін 150-600 (300-450) мг/добу

Леветирацетам 1000-4000 (2000-3000) мг/добу

Оскарбазепін 300-2400 (900-1200) мг/добу

У дужках вказані середні добові дози ПЕП.

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

Ламотриджин може викликати або ускладнити перебіг міоклонічних нападів.

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

Призначення фенобарбіталу та клоназепаму може спровокувати розвиток атонічних нападів.

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

Ефективність лікування епілепсії оцінюється, в першу чергу, зменшенням частоти нападів у пацієнтів, і метою терапії епілепсії є досягнення контролю нападів шляхом призначення одного або декількох ПЕП без розвитку їх побічних ефектів. При неможливості досягти повного контролю нападів, необхідно прагнути до максимально можливого скорочення їх частоти. Крім частоти нападів, необхідно також враховувати динаміку психопатологічних симптомів.

Оскільки епілепсія є хронічним захворюванням, що вимагає тривалої безперервної терапії, то такі пацієнти потребують тривалого диспансерного спостереження, яке повинно починатися відразу після постановки діагнозу «епілепсія».

Рекомендовано при досягненні терапевтичного ефекту продовжувати лікування ПЕП однією лікарською формою та одного виробника, а при необхідності перехід з однієї форми на іншу може здійснювати тільки лікуючий лікар, бажано з контролем плазми концентрації ПЕП.

Диспансерне спостереження пацієнтів з епілепсією без психічних порушень здійснює невролог.

Диспансерне спостереження пацієнтів з епілепсією та з психічними порушеннями здійснює психіатр.

Пацієнт повинен мати право вибору лікаря, який здійснює диспансерний нагляд.

**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 на рік залежно від спеціальності лікаря, що спостерігає пацієнта.
- Лабораторна діагностика 1 раз на 6-12 міс:
- Аналіз крові клінічний – гемоглобін, гематокрит, лейкоцитарна формула, кількість тромбоцитів.
- Аналіз сечі клінічний.
- Біохімічний аналіз крові – електроліти, білок, сечовина, трансамінази, лужна фосфатаза, креатинін.
- Контроль з боку пацієнта або опікуна за частотою нападів, у разі неможливості повної ремісії – ведення щоденника нападів
- 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 в дебюті епілепсії; негативна динаміка морфологічного вогнища при проведенні повторних нейровізуалізаційних досліджень; фармакорезистентність епілепсії.

До нейрохірурга скеровується кожен пацієнт відразу після виявлення морфологічного осередкового ураження мозку для уточнення діагнозу і вирішення питання про доцільність хірургічного лікування. Після оперативного лікування пацієнт спостерігається неврологом.

Робоча група ІЛАЕ 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 (6x3) 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. При плануванні вагітності розглянути можливість переходу на монотерапію ПЕП. 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. Переважно на останніх термінах вагітності виникає зниження рівня всіх ПЕП (особливо ламотриджину, леветирацетаму, 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. Прийом антиконвульсантів повинен супроводжуватися призначенням фолієвої кислоти 4-5 мг на добу, особливо в першому триместрі. Фолієву кислоту також бажано вживати за три місяці 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 і на 11-12 тиждень, в подальшому на 19-21 тижні і далі 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 звичайних.

Застосування у матерів карбамазепіну, фенобарбіталу, фенітоїну призводить до дефіциту вітаміну К у немовляти, і для профілактики крововиливів відразу після пологів рекомендується ввести дитині розчин менадіону/фітоменадіону (вітаміну К).

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 фенobarбітал 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 леветирацетам, ламотриджин, карбамазепін. Ризик мальформацій значно зростає при вживанні двох-трьох ПЕП.

### **Хірургічне лікування**

У випадку встановлення фармакорезистентної епілепсії та наявності показань до хірургічного лікування оперативне втручання повинно проводитись якнайшвидше, оскільки доведено, що тривалий перебіг хвороби знижує ймовірність одержання позитивного результату після операції.

Хірургічне лікування епілепсії розвивалось у двох основних напрямках. Перший – класичні резекційні операції, другий – функціональні або паліативні хірургічні втручання. До резекційних операцій належать передня скронева лобектомія, селективна амигдалогіпокампектомія, топектомія, гемісферектомія. До функціональних хірургічних втручань відносять каллозотомію, множинну субпіальну трансекцію, різноманітні стреотаксичні втручання, включаючи радіохірургічні, а також електростимулюючі операції (стимуляція блукаючого нерва, глибинна мозкова стимуляція, хронічна коркова та мозочкова стимуляція).

Передня скронева лобектомія є найчастішим хірургічним втручанням при скроневої епілепсії.

Показами для проведення селективної амигдалектомії є встановлення того, медіанні відділи скроневої частки є генератором появи патологічної електричної активності, підтвердженої характером епілептичних нападів, даними електрофізіологічних та нейрорентгенологічних обстежень, що частіше має місце у хворих із медіанним скронеvim склерозом.

Топектомія – це резекція вогнищевого морфологічного ураження головного мозку, частіше локалізованого у неокортикальній ділянці мозку. Хірургічне втручання може включати безпосереднє видалення морфологічного вогнища, видалення морфологічного вогнища із навколишньою епілептогенною корою головного мозку або резекцію лише епілептогенної мозкової тканини.

Показаннями для проведення гемісферектомії є прогресуючі, резистентні до медикаментозної терапії епілептичні напади, які походять із одного або кількох епілептичних вогнищ, локалізованих у різних ділянках у межах однієї гемісфери мозку. Найчастішими кандидатами до гемісферектомії є діти, котрі

хворіють на катастрофічну епілепсію новонароджених. Умови, за яких можна виконувати гемісферектомію, є достатньо чіткими. Насамперед, це підтвердження локалізації епілептичного фокуса в межах однієї гемісфери. Такий епілептичний фокус може включати вогнищеве структурне ураження різного генезу або локалізуватись в атрофованій гемісфері мозку. Іншими необхідними умовами є наявність геміпарезу або геміплегії у контралатеральних кінцівках, відсутність вогнищевих морфологічних уражень у протилежній гемісфері мозку, а також упевненість у післяопераційній сімейній підтримці дитини, що має забезпечити відновлення та адаптацію пацієнта із значним післяопераційним дефіцитом. На сьогодні проводять функціональну гемісферектомію або гімесферну діафферентацію.

Метою каллозотомії є попередження поширення епілептичної активності із однієї півкулі в іншу за рахунок переривання нервових сполучень, залучених у генералізацію епілептичної активності. Операція показана хворим із криптогенними або симптоматичними первинно генералізованими тоніко-клонічними та атонічними нападами та дроп-атаками ("drop attacks"). У більшості випадків такий стан спостерігається при синдромах Веста, Леннокса–Гасто, енцефаліті Расмуссена, при лобовій та мультифокальній епілепсії, у деяких випадках – при синдромі Штурге-Вебера. В окремих випадках можна використовувати стереотаксичну каллозотомію.

Множинну субпіальну трансекцію використовують у випадках локалізації епілептичного фокуса у корі мозку, коли неможливо виконати класичну резекцію через високий ризик розвитку значного неврологічного дефіциту у хворих із парціальними нападами. Субпіальна трансекція показана також у випадках мультифокальної епілепсії та у разі відсутності вогнищевих морфологічних уражень мозку, наприклад при синдромі Ландау-Клеффнера.

Певній категорії хворих можна проводити стереотаксичну деструкцію медіанних структур скроневої частки, а саме – стереотаксичну амигдалектомію та подовжню гіпокампектомію. В окремих випадках проводять стереотаксичні радіохірургічні втручання можна проводити хворим на епілепсію із медіанним скронеvim склерозом, гамартомою гіпоталамуса.

Метою всіх електростимуляційних хірургічних втручань є посилення гальмівних процесів у окремих мозкових структурах, які чинять інгібуючий вплив на міжпароксизмальну діяльність епілептичного вогнища, на виникнення, поширення та генералізацію епілептичних розрядів. Найкращими кандидатами щодо проведення стимуляції блукаючого нерву є хворі на епілепсію, резистентні до медикаментозної терапії, у клінічній картині яких на перший план виступають ізольовані парціальні напади або парціальні напади з вторинною генералізацією. Стимуляція блукаючого нерву може проводитися дітям із різними формами епілепсії та із синдромом Леннокса-Гасто.

Хронічна глибинна мозкова стимуляція проводиться хворим із фармакорезистентною епілепсією, у випадках неможливості резекції епілептичного фокуса. Внутрішньомозкові електроди імплантуються у передне або центромедіанне ядро таламусу, головку хвостатого ядра, субталамічне ядро та гіпокамп.

## Стаціонарне лікування пацієнтів з епілепсією

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

Показанням для проведення стаціонарного лікування є дебют епілептичних нападів, або невизначених пароксизмальних станів, частота й тяжкість яких є загрозовою; розвиток епілептичного статусу; значне почастищення епілептичних нападів, або посилення їх тяжкості; розвиток серйозних ускладнень протиепілептичної терапії; розвиток психотичного розладу; прогресування депресії та когнітивних порушень.

## Психічні та поведінкові розлади у пацієнтів з епілепсією

Лікування психічних та поведінкових розладів у пацієнтів з епілепсією включає психофармакотерапію, психотерапію та психосоціальні тренінги, що використовуються в залежності від форми патології, її перебігу, коморбідних розладів та інших чинників. Лікування слід проводити, не відмінюючи ПЕП.

При розвитку **депресії та тривоги** терапія проводиться згідно з протоколами лікування депресивних та тривожних розладів органічного генезу.

Особливостями терапевтичної тактики у пацієнтів з епілепсією є наступне:

- бажано застосування антиконвульсантів з антидепресивною дією (кислота вальпроєва, ламотриджин);
- при призначенні ПЕП необхідно враховувати їх можливу депресогенну дію (наприклад, фенobarбіталу);
- антидепресанти бажано призначати при досягненні максимально можливої компенсації епілепсії;
- серед антидепресантів препаратами вибору є інгібітори зворотнього захоплення серотоніну;
- при призначенні АД необхідно враховувати їх можливу проконвульсивну дію;
- при призначенні лікування необхідно урахування взаємодії ПЕП та антидепресантів.

**Розлади особистості** що формуються на тлі епілепсії, проявляються змінами емоційного контролю, соціальної поведінки та мотивацій. Довготривалий перебіг епілепсії супроводжується формуванням у пацієнтів розладів особистості. Цей розлад характеризується значними змінами преморбідної поведінки. Особливо страждають емоційна сфера, сфера потреб та мотивацій.

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



**Когнітивні розлади**, що формуються на тлі епілепсії носять хронічний часто прогресуючий характер, проявляються порушенням низки вищих кіркових функцій, включаючи пам'ять, мислення, орієнтування, розуміння, рахунок, здатність до навчання, мову, мислення при збереженні свідомості.

Терапія проводиться згідно з протоколами лікування когнітивного розладу органічного генезу. Особливостями терапевтичної тактики у хворих на епілепсію є наступне:

- лікування когнітивного розладу бажано призначати тільки при досягненні максимально можливої компенсації епілепсії;
- психотерапія когнітивних функцій (психосоціальний тренінг) призначається при наявності показань.
- необхідно враховувати можливість впливу ПЕП на когнітивні функції хворих на епілепсію;
- при призначенні засобів, які покращують метаболізм мозку необхідно враховувати їх можливу проконвульсивну дію;
- при призначенні лікування необхідно урахування взаємодії препаратів для лікування когнітивних розладів та ПЕП.

**Психотичні розлади** при епілепсії носять характер гострих, затяжних і хронічних та мають суттєві клінічні особливості. У ряді клінічних випадків спостерігаються альтернуючі психотичні розлади, які є специфічними тільки для епілепсії, заміщують напади та супроводжуються змінами біоелектричної активності мозку. По відношенню до епілептичних нападів епілептичні психози прийнято розділяти на іктальні, постіктальні та інтеріктальні психози (див. Додаток 8)

Терапія гострих та затяжних епілептичних психозів проводиться згідно з протоколами лікування психотичних розладів органічного генезу відповідно до клінічних проявів. Особливостями терапевтичної тактики при психотичних розладах у пацієнтів з епілепсією є наступне:

- лікування психотичного розладу необхідно проводити у комплексі з протиепілептичним лікуванням з урахуванням можливого патогенетичного зв'язку з епілептичним захворюванням, з метою досягнення максимально можливої компенсації епілепсії;
- базовою є психофармакотерапія (переважно антипсихотичними засобами останнього покоління). Допоміжну функцію при наявності показань виконують психотерапія та психосоціальні тренінги.
- при призначенні антипсихотичних препаратів необхідно враховувати їх можливу проепілептичну дію;
- необхідно враховувати можливість впливу деяких ПЕП на виникнення гострих психотичних розладів;
- при призначенні лікування необхідно врахування взаємодії антипсихотичних препаратів та ПЕП.

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

Назва препарату	Дозування
<b>Антипсихотики</b>	
Оланзапін*	5-25 мг/добу
Рисперидон*	0,5-6 мг/добу
Кветіапін*	500-600 мг/добу
Амісульприд*	50-800 мг/добу
<b>Антидепресанти</b>	
Сертралін*	25-100 мг/добу
Циталопрам*	10-40 мг/добу
Пароксетин*	10-30 мг/добу
Есциталопрам*	5-20 мг/добу
Венлафаксин*	75-225 мг/добу
<b>Снодійні</b>	
Зопіклон	3,75-15 мг/добу
Золпідем	5-10 мг/добу
Залеплон	5-10 мг/добу

Не рекомендовано:

- Клозапін\*
- Трициклічні антидепресанти\*

\*Рівень доказовості С

Психологічні інтервенції та психотерапевтичні та психосоціальні заходи у хворих, які страждають на епілепсію, проводяться лікарем медичним психологом та/або лікарем психотерапевтом.

Питання про вибір варіанту групової чи індивідуальної психотерапії вирішує психотерапевт після консультацій з лікарем (невролог, психіатр).

Використання релаксації, когнітивно-поведінкової психотерапії, психоосвітніх заходів сприяють покращенню якості життя хворих на епілепсії (рівень доказовості С).

## **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 – ЛПМД (КМП)) має перевірятися реєстрація в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛПМД (КМП)

### **1. Вимоги для закладів, 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 закладів, які надають екстрену медичну допомогу**

#### **2.1. Кадрові ресурси**

Бригади екстреної медичної допомоги

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

##### **Оснащення**

Електрокардіограф

##### **Лікарські засоби**

Діазепам, глюкоза, піридоксин, розчин магнію сульфату, розчин вальпроєвої кислоти.

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

#### **3.1 Кадрові ресурси**

Лікар-невролог, психіатр, психолог, лікар загальної практики-сімейної медицини, епілептолог, нейрофізіолог, нейрорадіолог, ендокринолог, генетик, реаніматолог-анестезіолог.

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

##### **Оснащення**

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

### **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, вальпроєва кислота, манітол, магнію сульфат, лізин, дексаметазон, преднізолон, гідрокортизон, тіопентал, натрію оксибутират, пропофол, засоби для інгаляційного наркозу, протиепілептичні препарати, антиконвульсанти, фолієва кислота, інгібітори зворотнього захоплення серотоніну, протигістамінні препарати, антраль, фосфоліпіди, менадіон/фітоменадіон, Калію хлорид+Кальцію хлорид+Магнію хлорид+Натрію лактат+Натрію хлорид+Сорбітол.

## 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.

6.1.4. Відсоток пацієнтів, які пройшли МРТ дослідження для уточнення діагнозу та подальшого ведення пацієнта.

### 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 «Епілепсії у дорослих».

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.

Уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Епілепсії у дорослих».

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 «Епілепсії у дорослих».

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 звітнього періоду. В первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду пацієнта, 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 030/0) – 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 030/0).

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження від всіх лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), з діагнозом епілепсія.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/0).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), з діагнозом епілепсія, для яких наведена інформація про медичний стан пацієнта із зазначенням відсутності або наявності повторних загострень захворювання.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/0).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

#### **6.2.4.А) Відсоток пацієнтів, які пройшли МРТ дослідження для уточнення діагнозу та подальшого ведення пацієнта**

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 «Епілепсії у дорослих».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора. Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається з метою запобігання викривлення реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, які надають спеціалізовану та високоспеціалізовану неврологічну допомогу пацієнтам з епілепсіями; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану та високоспеціалізовану неврологічну допомогу, 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. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті стаціонарного хворого (форма № 003/о) або Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/о) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЗОЗ, що надають спеціалізовану та високоспеціалізовану неврологічну допомогу, розташованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника та наводиться у відсотках.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з діагнозом «Епілепсія», які отримали спеціалізовану та високоспеціалізовану неврологічну допомогу у відповідних ЗОЗ, розташованих на території обслуговування. Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

Медична карта стаціонарного хворого (форма № 003/о);

Журнал обліку прийому хворих у стаціонар та відмов у госпіталізації (Форма № 001/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з діагнозом «Епілепсія», які отримали спеціалізовану та високоспеціалізовану неврологічну допомогу у відповідних ЗОЗ, для яких задокументований факт МРТ дослідження для уточнення діагнозу та подальшого ведення пацієнта.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

Медична карта стаціонарного хворого (форма № 003/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**Директор Департаменту реформ та розвитку  
медичної допомоги МОЗ України**

**Хобзей М.К.**

## **VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги**

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Епілепсії»
2. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 р. № 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»
3. Наказ МОЗ України від 27.12.2013 р. № 1150 «Про затвердження Примірною табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів»
4. Наказ МОЗ України від 29.03.2013 р. № 251 «Про затвердження п'ятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності»
5. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 р. № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень»
6. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування»
7. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 735 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування»
8. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру»
9. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313.

## **VIII. Додатки до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги**

### Додаток 1

до уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Епілепсії у дорослих»

#### **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 центро-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-хвилевому 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, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Епілепсії у дорослих»

### **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).

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

1. Починаються як прості парціальні з наступним порушенням свідомості:

- a) початок із простих парціальних припадків (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 (A) 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

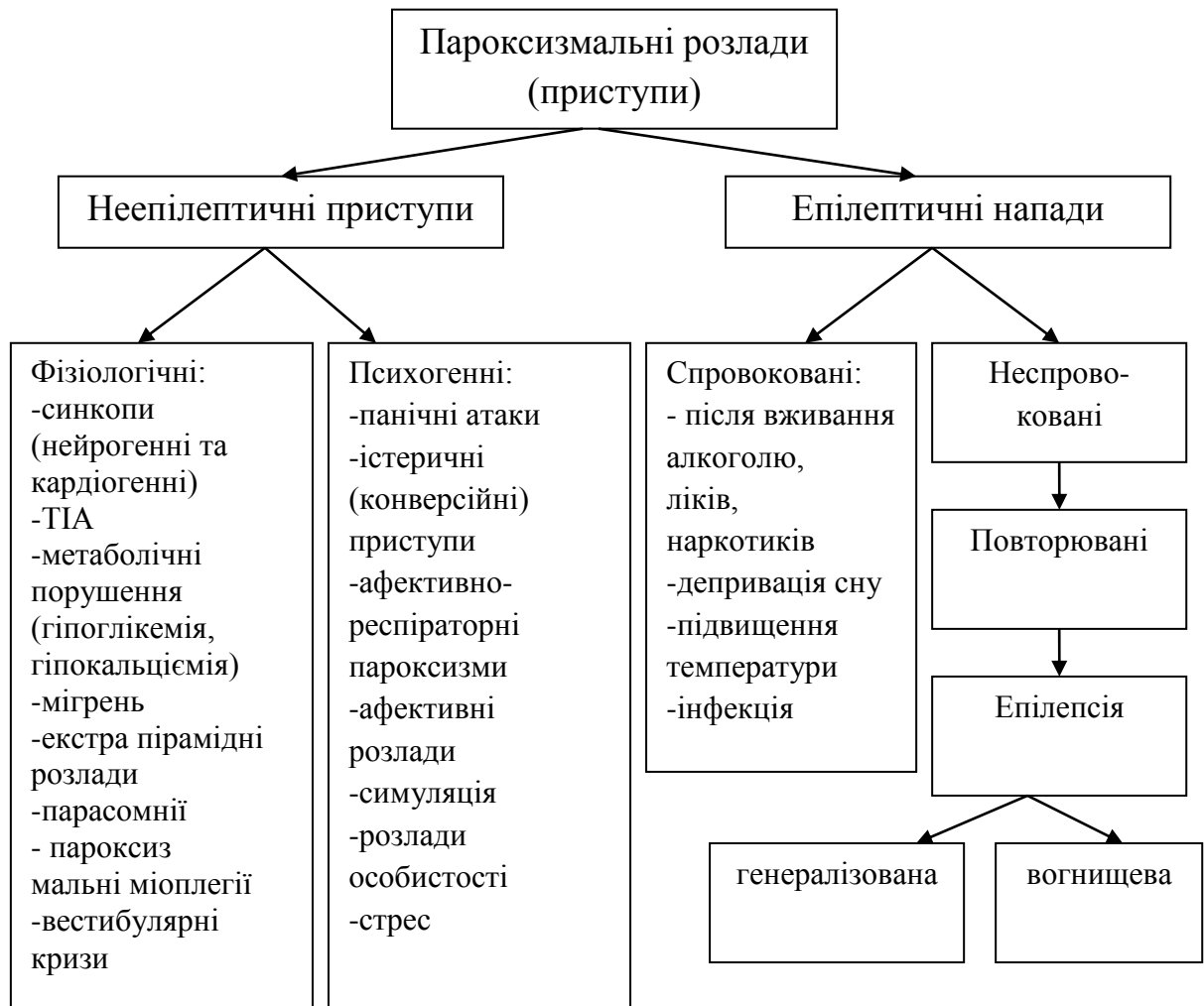


Додаток 3

до уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Епілепсії у дорослих»

**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, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Епілепсії у дорослих»

#### **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,  
лідокаїн,  
препарати літію,  
мефлокін,  
нестероїдні протизапальні препарати,  
опіоїди – анальгетики (трамадол),  
вінкрістин.

## Додаток 5

до уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Епілепсії у дорослих»

### **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 – неуточнений психічний розлад

F07.83 – розлад особистості та поведінки при епілепсії

## Додаток 6

до уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Епілепсії у дорослих»

### 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 пацієнта, 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 пацієнта 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 почастішання 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 почастішання 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 судомі 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, туризм.

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, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Епілепсії у дорослих»

**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.

## Додаток 8

до уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Епілепсії у дорослих»

### Психічні та поведінкові розлади у хворих на епілепсію

Психотичні розлади 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, величч, реформаторства;
- деліріозний стан з яскравими зоровими галюцинаціями й напруженим афектом;
- онейроїдний стан із фантастичним змістом переживань;
- амбулаторний автоматизм у вигляді короткочасних 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.

**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 психотичним 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.

При паранойяльному 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.

Парафреничний 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.