

Епілепсії у дорослих

Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.04.2014 № 276

Основною метою УКПМД є створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам з епілепсією (діагноз за МКХ-10 – «епілепсія», G40).

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

За формою, структурою та методичними підходами 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 від 2809.2012 р. № 751, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313.

Взаємодія між ЗОЗ різних видів координується спільним узгодженням ЛПМД (регіональний рівень локального протоколу), що розробляється на основі цього УКПМД. Окрім того, відповідно до акредитаційних вимог у ЗОЗ має бути наявний ЛПМД, що визначає взаємодію структурних підрозділів ЗОЗ, медичного персоналу тощо (локальний рівень).

Перелік скорочень, що використовуються у протоколі (у алфавітному порядку)

IBE – Міжнародне бюро з епілепсії	КМП – клінічний маршрут пацієнтів
ILAE – Міжнародна протиепілептична ліга	КН – клінічна настанова
АД – антидепресанти	КТ – комп'ютерна томографія
АЛТ – аланінамінотрансфераза	ЛПМД – локальний протокол медичної допомоги
АП – антипсихотичні препарати	МКХ – міжнародна класифікація хвороб
АСТ – аспаратамінотрансфераза	МРТ – магнітно-резонансна томографія
АТ – артеріальний тиск	ОФЕКТ – однофотонно-емісійна комп'ютерна томографія
Б/х аналіз – біохімічний аналіз	ПЕП – протиепілептичні препарати
В/в – внутрішньовенно	ПЕТ – позитронно-емісійна томографія
ВМД – вторинна медична допомога	ПІТ – палата інтенсивної терапії
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я	ПСТ – психосоціальні тренінги
ВРІТ – відділення реанімації та інтенсивної терапії	РП – раціональна психотерапія
ГСЕН – гострий симптоматичний епілептичний напад	СП – сімейна психотерапія
ЕЕГ – електроенцефалографія	ТМД – третинна медична допомога
ЕКГ – електрокардіографія	УКПМД – уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ЕМД – екстрена медична допомога	ЦНС – центральна нервова система
ЗОЗ – заклад охорони здоров'я	ЧМТ – черепно-мозкова травма

Обґрунтування та положення уніфікованого клінічного протоколу побудовані на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених у КН – третинних джерелах, що представлені далі.

1. NICE Clinical Guideline 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. Glauser T., Ben-Menachem E., Bourgeois B. et al. for the ILAE subcommission of AED Guidelines. Updated ILAE evidence review of antiepileptic drug efficacy and effectiveness as initial monotherapy for epileptic seizures and syndromes // *Epilepsia*, 2013.

3. Kwan P., Arzimanoglou A., Berg A.T., Brodie M.J., 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. – 51 (6). – P. 1069-1077; Epub 2009.

I. Паспортна частина

1.1. Діагноз: епілепсія, симптоматична епілепсія, ідіопатична епілепсія, криптогенна епілепсія, епілептичні синдроми.

1.2. Код МКХ-10:

- епілепсія (G40):
 - 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 (G40.1);
 - локалізована (фокальна, парціальна) симптоматична епілепсія та епілептичні синдроми з комплексними парціальними судомними нападами (G40.2);
 - генералізована ідіопатична епілепсія та епілептичні синдроми (G40.3);
 - інші види генералізованої епілепсії та епілептичних синдромів (G40.4);
 - особливі епілептичні синдроми (G40.5);
 - напади grand mal неуточнені з/без малих нападів (petit mal) (G40.6);
 - малі напади (petit mal) неуточнені без нападів grand mal (G40.7);
 - інші уточнені форми епілепсії (G40.8);
 - епілепсія неуточнена (G40.9);
- когнітивні та мнестичні розлади внаслідок епілепсії (F02.803);
- психотичні розлади внаслідок епілепсії (F05.12, F05.82, F05.92);
- психічні розлади внаслідок ураження або дисфункції головного мозку (епілепсії) (F06.02, F06.12, F06.22, F06.302, F06.322, F06.63, F06.83);
- специфічні розлади особистості та поведінки внаслідок епілепсії (F07.83).

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

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

1.5. Дата складання протоколу: березень, 2014 р.

1.6. Дата перегляду протоколу: березень, 2017 р.

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

Хобзей М.К., директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України, д. мед. н., професор (голова);

Мищенко Т.С., завідувач відділення судинної патології головного мозку Інституту клінічної та експериментальної неврології і психіатрії НАМН України, д. мед. н., професор (заступник голови з клінічних питань), головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «неврологія»;

Морозов А.М., професор кафедри нейрохірургії Національного медичного університету імені академіка О.О. Богомольця, д. мед. н., професор (заступник голови з координації діяльності мультидисциплінарної робочої групи);

Степаненко А.В., Радник Міністра охорони здоров'я, д. мед. н., професор (заступник голови з методології);

Горачук В.В., доцент кафедри управління охорони здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к. мед. н.;

Горанський Ю.І., доцент кафедри неврології та нейрохірургії Одеського державного медичного університету, д. мед. н.;

Донченко Т.М., директор Департаменту з питань якості медичної та фармацевтичної допомоги МОЗ України;

Дубенко А.Є., провідний науковий співробітник Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України, д. мед. н., професор;

Євтушенко С.К., завідувач кафедри дитячої та дорослої неврології Донецького національного медичного університету імені М. Горького, д. мед. н., професор;

Зінченко О.М., головний спеціаліст відділу високоспеціалізованої медичної допомоги Управління спеціалізованої медичної допомоги Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України, к. мед. н.;

Коростій В.І., професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, д. мед. н., професор;

Літовченко Т.А., завідувач кафедри невропатології Харківської медичної академії післядипломної освіти, д. мед. н., професор;

Мартинюк В.Ю., директор Українського медичного центру реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи, к. мед. н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «дитяча неврологія»;

Марута Н.О., заступник директора з наукової роботи Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України, д. мед. н., професор;

Марценковський І.А., керівник відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського науково-дослідного інституту 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 за фахом «дитяча психіатрія»;

Мар'єнко Л.Б., доцент кафедри неврології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, керівник Львівського обласного протиепілептичного центру, к. мед. н.;

Мостовенко Р.В., завідувач дитячого інфекційного відділення Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ», головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «педіатрія»;

Пінчук І.Я., директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «психіатрія»;

Таницюра Л.М., керівник відділу дитячої психоневрології і клінічної нейрогенетики Інституту неврології, психіатрії і наркології НАМН України;

Хаджинова Н.А., головний спеціаліст відділу медико-соціальної експертизи Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України;

Харчук С.М., керівник лікувально-діагностичного центру «Епілепсія» у м. Києві, президент Української протиепілептичної ліги, к. мед. н.;

Чабан О.С., завідувач відділу межових 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 Л.М., завідувач кафедри психіатрії факультету післядипломної освіти Дніпропетровської державної медичної академії МОЗ України, д. мед. н., професор;

Малюга В.Д., сімейний лікар Калинівської амбулаторії загальної практики – сімейної медицини Васильківського району Київської області;

Костюк К.Р., завідувач відділення функціональної нейрохірургії Інституту нейрохірургії імені академіка А.П. Ромоданова НАМН України, к. мед. н., віце-президент Української протиепілептичної ліги;

Смоланка В.І., 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

Лицшишина О.М., директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного експертного центру МОЗ України, к. мед. н.;

Горох Є.Л., начальник відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного експертного центру МОЗ України», к. т. н.;

Шилкіна О.О., начальник відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного експертного центру МОЗ України;

Мельник Є.О., начальник відділу доказової медицини Державного експертного центру МОЗ України;

Черніцька М.В., експерт відділу доказової медицини Державного експертного центру МОЗ 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.

Електронну версію документу можна завантажити на офіційному сайті МОЗ www.moz.gov.ua та на сайті www.dec.gov.ua.

Рецензенти

Дзяк Л.А., завідувач кафедри нервових хвороб та нейрохірургії Дніпропетровської державної медичної академії, заслужений діяч науки і техніки України, головний позаштатний невролог Дніпропетровської обласної державної адміністрації, д. мед. н., професор;

Дубенко Є.Г., професор-консультант Науково-практичного медичного центру Харківського національного медичного університету, заслужений діяч науки України, академік АНВШ, д. мед. н., професор;

Волошина Н.П., керівник відділу нейроінфекції та розсіяного склерозу Інституту 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 1 тис. 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 1 тис. населення. У країнах, що розвиваються, дані про розповсюдженість епілепсії дуже різняться, наприклад, 3,6 на 1 тис. в Індії, до 40 на 1 тис. у сільських районах Нігерії. В країнах СНД розповсюдженість епілепсії коливається від 0,96 до 10 на 1 тис. населення. В Європі на епілепсію страждає 6 млн осіб, з них 40% не отримують належного лікування.

Частота нових випадків захворювання на рік становить у світовому масштабі в середньому 0,04%, однак відмічаються коливання у різні періоди життя: у дитячому віці – 0,9 з 1 тис. на рік, у середньому 0,2 з 1 тис. на рік, у віці більш ніж 60 років – 0,6 на 1 тис. на рік. Середня захворюваність складає 0,4 на 1 тис. населення.

Кожний двадцятий мав протягом життя хоча б один епілептичний напад.

За останніми даними (МОЗ, 2012), в Україні налічується близько 100 тис. хворих на епілепсію, але ця цифра з урахуванням середньостатистичного світового показника поширеності захворювання, швидше за все, є заниженою. У зв'язку з наданням допомоги хворим на епілепсію неврологами та психіатрами і, відповідно, завдяки подвійному кодуванню та реєстрації клінічної і експертної епідеміології, статистичні дані принципово некоректні й 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), властивою їй комбінацією варіантів епілептичних нападів, типовими перебігом та відповіддю на терапію. При епілептичному синдромі може також спостерігатися типовий ЕЕГ-патерн у міжприступний період.

Поняття «епілепсії» (загальноприйнятий термін у країнах СНД – «епілепсія») містить у собі гетерогенну групу різноманітних 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 у спеціалізованих медичних закладах (неврологічних, психіатричних).

III. Основна частина

3.1. Для закладів, що надають ПМД (табл. 3.1).

3.2. Для закладів, що надають екстрену медичну допомогу (табл. 3.2).

3.3. Для закладів, що надають вторинну амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу (спеціалізована неврологічна допомога) (табл. 3.3).

3.4. Для закладів, що надають третинну амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу (високоспеціалізована неврологічна допомога) (табл. 3.4).

IV. Опис етапів медичної допомоги

Опис видів, етапів та обсягів медичної допомоги залежно від клінічного стану пацієнта викладено у таблиці 4.1.

Класифікація епілепсій та епілептичних синдромів

У клінічній діагностиці захворювання необхідно використовувати класифікацію епілепсій і епілептичних синдромів ILAE 1989 р., що була прийнята ВООЗ (Додаток 1).

В основу класифікації покладено два принципи: етіологічний та локалізаційний.

За етіологією усі 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) та фокальним (абсцес);
- ідіопатичні епілепсії та епілептичні синдроми – захворювання, не викликані очевидними причинами, за винятком генетичної зумовленості; характерний дебют у визначеному віці, чітко встановлені клінічні та електроенцефалографічні характеристики;
- криптогенні епілепсії та епілептичні синдроми – захворювання із невстановленою, «прихованою» причиною; останнім часом пропонується замінити термін на «можливо симптоматичні»,

Таблиця 3.1. Для закладів, що надають ПМД

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Первинна профілактика		
<p>До заходів первинної профілактики слід віднести рекомендації щодо способу життя, адекватне лікування та профілактику захворювань і станів, що можуть призвести до розвитку або клінічної маніфестації епілепсії:</p> <ul style="list-style-type: none"> • уникнення факторів, що провокують порушення функцій ЦНС: надлишкове вживання алкоголю та інші інтоксикації, порушення режиму роботи і відпочинку, а також режиму сну • своєчасне й адекватне лікування інших захворювань і травм ЦНС та низки соматичних захворювань 	<p>На сьогодні не існує переконливих доказів, які б підтверджували ефективність рекомендацій щодо ролі способу життя і профілактики в розвитку та лікуванні епілепсії, але, на думку експертів, вони мають входити до завдань загального цільового консультування пацієнтів сімейним лікарем</p>	<p>Обов'язкові методи первинної профілактики Відсутні</p> <p>Бажані методи первинної профілактики Надавати пацієнтам інформацію та рекомендації щодо здорового способу життя</p>
2. Діагностика		
<p>Збір анамнезу Фізикальне обстеження Моніторинг АТ Лабораторна діагностика ЕКГ Направлення на консультацію до невролога</p>	<p>На етапі ПМД проводиться тільки обстеження для виключення наявності актуальної соматичної патології та метаболічних порушень Діагностика епілепсії виконується тільки у спеціалізованих лікарняних закладах</p>	<p>Особливості (з'ясування даних) анамнезу:</p> <ul style="list-style-type: none"> • обставини виникнення першого (та інших) нападів • анамнез життя (за можливості включаючи ранній анамнез) • обставини життя і роботи (контакт із токсичними факторами, підвищений ризик травмування та ін.) <p>Сімейний анамнез (наявність пароксизмальних порушень у рідних) Фізикальне обстеження пацієнта для виключення (або підтвердження) наявності соматичної патології, що могла призвести до виникнення нападів Лабораторні методи обстеження:</p> <ul style="list-style-type: none"> • загальний аналіз крові • визначення рівня глюкози в крові <p>ЕКГ для діагностики значимих порушень ритму серця</p>
3. Медичне спостереження пацієнтів із встановленим діагнозом епілепсії		
<p>3.1. Моніторинг виконання лікарських призначень 3.2. Моніторинг побічних дій та ускладнень 3.3. Своєчасне скерування пацієнта до спеціаліста при погіршенні стану 3.4. Психосвітня робота з пацієнтом та його родичами 3.5. Формування прихильності до лікування</p>		<p>Обов'язкові Пояснення хворим необхідності дотримання здорового способу життя і роз'яснення особливостей лікування Проведення роз'яснювальної роботи з пацієнтом щодо суті його захворювання з акцентуванням уваги на значній ефективності лікування епілепсії (до 50-75%) (Додаток 6) Встановлення партнерських довірливих відносин між лікарем та пацієнтом</p>
4. Медикаментозне лікування		
	<p>Лікування епілепсії проводиться тільки за призначенням спеціаліста або у спеціалізованих ЗОЗ</p>	

Таблиця 3.2. Для закладів, що надають ЕМД

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Діагностика		
Збір (уточнення) анамнезу Фізикальне обстеження: оцінка кардіореспіраторної функції Лабораторна діагностика ЕКГ (за показаннями) Направлення на консультацію до невролога або/і неврологічного стаціонару	На етапі невідкладної медичної допомоги проводиться тільки обстеження для виключення інших станів (неврологічних та соматичних), що можуть призвести до пароксизмальних порушень Лікування епілептичного статусу і/або серійних нападів виконуються лише в умовах спеціалізованого лікарняного закладу (за умов наявності реанімаційного відділення)	Особливості (з'ясування даних) анамнезу: • обставини виникнення нападу та/або епілептичного статусу • фіксація тривалості нападу/-дів (тривалість нападу більш ніж 10 хвилин є показанням для госпіталізації (реанімаційне відділення) • анамнез захворювання (наявність попередніх нападів/історії епілепсії, попередній прийом ПЕП) Фізикальне обстеження пацієнта: • оцінка кардіореспіраторної функції Лабораторні методи обстеження: • визначення рівня глюкози в крові експрес-методом ЕКГ для діагностики значимих порушень ритму серця
2. Невідкладна допомога		
Медикаментозна лікування Бригадою невідкладної допомоги проводяться тільки заходи, спрямовані на переривання актуального нападу, та загальні реанімаційні заходи (за потребою)	Лікування епілепсії (призначення ПЕП) проводиться тільки за призначенням спеціаліста або у спеціалізованих ЗОЗ Тривалість нападу (серії нападів) понад 10 хвилин є показанням для невідкладної госпіталізації пацієнта	Забезпечення прохідності дихальних шляхів Призначення кисню (за потребою) Проведення загальних реанімаційних заходів (за потребою) При тривалості нападу/-дів 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) При тривалості нападу/-дів 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 (за наявності попереднього призначення спеціаліста) Транспортування пацієнта до неврологічного/реанімаційного відділення

оскільки більшість форм можна віднести до симптоматичних епілепсій і епілептичних синдромів; від ідіопатичних відрізняються відсутністю певних вікових та електроклінічних характеристик.

Епілепсії та епілептичні синдроми за локалізацією поділяються на:

- локалізаційно зумовлені (фокальні, парціальні), які характеризуються нападами, що мають осередковий (фокальний) початок;
- генералізовані, які характеризуються нападами із дифузним двобічним залученням півкулі мозку;
- епілепсії та епілептичні синдроми, що неможливо визначити як фокальні або генералізовані;
- спеціальні синдроми.

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

- 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).

При встановленні епілептичного характеру нападу (Додаток 3) необхідно за можливістю:

- встановити причину нападу;
- встановити тип епілептичного нападу;
- вирішити питання про лікування, у тому числі призначення ПЕП;
- обрати ПЕП.

Таблиця 3.3. Для закладів, що надають вторинну амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу (спеціалізована неврологічна допомога)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Діагностика (для неврологів)		
<p>Збір анамнезу Фізикальне обстеження Лабораторна діагностика ЕКГ Нейровізуалізація – МРТ головного мозку ЕЕГ Тривалий моніторинг АТ Тривалий моніторинг ЕКГ (за показаннями) Консультації психіатра (за показаннями) Консультація лікаря- психолога (за показаннями) Консультація нейрохірурга (за показаннями)</p>	<p>Метою діагностики є встановлення діагнозу «епілепсія», типів епілептичних нападів та форми епілепсії, а також етіології захворювання і клінічно важливих коморбідних станів Діагностика епілепсії проводиться тільки у спеціалізованих неврологічних ЗОЗ До психіатричних ЗОЗ скеровуються лише 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 і неепілептичних пароксизмальних станів (Додаток 3) лікуючий невролог/психіатр має використовувати сучасні нейрофізіологічні та нейровізуалізаційні методи дослідження, а також мати змогу консультувати пацієнта в інших спеціалістів для виключення неепілептичного характеру пароксизмальних порушень і діагностики низки супутніх патологічних станів</p>	<p>Обов'язкові Особливості збору анамнезу: • обставини виникнення першого та інших нападів • анамнез життя (за можливістю включаючи ранній анамнез), наявність в анамнезі родової травми або іншої важкої патології ЦНС у ранньому дитинстві; наявність у 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 вночі, транзиторних порушень мови, енурезу • обставини життя і роботи (контакт з токсичними факторами, підвищений ризик травмування та ін.) • сімейний анамнез (наявність пароксизмальних порушень у рідних) Фізикальне обстеження пацієнта для виключення (або підтвердження) наявності соматичної патології, що могла призвести до виникнення нападів Поглиблене неврологічне дослідження в динаміці Лабораторні методи обстеження: • загальний аналіз крові (гемоглобін, гематокрит, лейкоцитарна формула, кількість тромбоцитів, згортання крові), якщо не зроблено у ЗОЗ, що надає ПМД • загальний аналіз сечі • б/х аналіз крові з визначенням рівня глюкози, кальцію, АСТ, АЛТ, білірубіну, креатиніну, лужної фосфатази, гамаглутаматамінотрансферази, електролітів, білку, сечовини, амілази • показники гормонального статусу (після консультації ендокринолога за потребою) ЕЕГ-дослідження, не менш ніж 20 хвилин запису (Додаток 7) Нейровізуалізація МРТ: дослідження у режимах T1 і T2 із застосуванням тонких Е-1 мм безперервних зрізів у коронарній проекції Огляд очного дна (за наявності показань) Направлення на консультацію до нейрохірурга (за наявності структурних змін головного мозку, резистентності до медикаментозного лікування) Консультація психіатра проводиться за показаннями (наявність значимих психотичних, когнітивних, мнестичних змін та виражених змін особистості)</p> <p>Бажані Тривалий моніторинг АТ: можлива заміна моніторингу регулярним вимірюванням АТ ЕЕГ-моніторинг ЕКГ-моніторинг при підозрі на кардіогенні пароксизми Дослідження плазмоконтрації ПЕП у крові Нейровізуалізація: при негативному результаті МРТ головного мозку проводити МРТ-дослідження на апараті з напругою магнітного поля не менш ніж 1,5 Т. Дослідження стану судинної системи мозку: МРТ/КТ в ангіографічному режимі Ультразвукове транскраніальне доплерографічне дослідження повинне проводитися у каротидному і базиллярному басейнах з пред'явленням адекватних функціональних навантажень Отоневрологічне обстеження (за показаннями) Поглиблене ендокринологічне обстеження за наявності показань Психіатричне та нейропсихологічне обстеження проводиться за показаннями</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
2. Методи лікування		
<p>2.1. Медикаментозне лікування При первинно встановленому діагнозі, поновленні нападів після ремісії та фармакорезистентній епілепсії: за призначенням спеціаліста ЗОЗ, що надає ТМД, із внесенням необхідних корективів за клінічними показаннями Стан стійкої ремісії: супровід підтримуючої терапії Ускладнення протиепілептичної терапії: медикаментозне лікування за призначенням спеціаліста ЗОЗ, що надає ТМД, та продовження лікування патологічних змін з боку інших органів і систем</p>	<p>Лікування епілепсії проводиться тільки у спеціалізованих лікарнях закладах: неврологічних, а за показаннями – у психіатричних Лікування повинне бути тривалим, безперервним, адекватним щодо типу нападів та форми епілепсії і таким, що досягає контролю над нападами або максимально зменшує їх частоту при мінімальних побічних діях</p>	<p>Необхідні Призначення адекватних для типу нападів та форм епілепсії ПЕП у рекомендованих терапевтичних дозуваннях Контроль своєчасності і безперервності прийому препаратів за призначенням спеціаліста ЗОЗ, що надає ТМД Формування лояльності (прихильності) пацієнта і сім'ї до лікування Лікування етіологічного чинника, який призвів до розвитку епілепсії (за можливості) Лікування супутніх захворювань</p>
<p>2.2. Вторинна профілактика Пацієнти з епілепсією потребують диспансеризації</p>	<p>Основними напрямками профілактики є запобігання провокації епілептичних нападів, ускладнень захворювання та моніторинг побічних дій ПЕП</p>	<p>Необхідні Заповнення Карти диспансерного спостереження (Форма 30) Підготовка і дотримання Плану диспансерного спостереження (форма 025-0) Контроль за дотриманням режиму прийому ПЕП, запобігання появі факторів, що провокують епілептичні напади (вживання алкоголю, наркотичних та психоактивних речовин, препаратів, що стимулюють епілептогенез, дотримання режиму сну, уникнення ритмічної фотостимуляції), дотримання соціальних рекомендацій та рекомендацій із працевлаштування Своєчасне скерування у ЗОЗ, що надає ТМД, для планового проведення високотехнологічних методів дослідження (ЕЕГ, МРТ, КТ, дослідження рівня ПЕП тощо) 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>Бажані Психоосвітня робота з пацієнтом та його родиною, КПТ та інші форми психотерапії з пацієнтом</p>
<p>2.3. Стаціонарне лікування Початок епілептичних нападів або невизначених пароксизмальних станів, частота й тяжкість яких є загрозовими для пацієнта</p>	<p>Епілептичні напади, невизначені пароксизмальні стани, частота і тяжкість яких є загрозовими для пацієнта, є прямим показанням для негайної госпіталізації пацієнта до неврологічного стаціонару або ВРІТ, ретельного обстеження з метою виявлення причин, що зумовлюють виникнення погіршення стану пацієнта, та визначення терапевтичної тактики</p>	<p>Обов'язкові Хворий госпіталізується у неврологічний стаціонар Алгоритм обстеження такий самий, як описано вище, однак його треба проводити в найбільш короткий термін для встановлення діагнозу та визначення терапевтичної тактики (доцільність призначення ПЕП 1-ї лінії вибору відповідно до типу нападів) Навіть при незначних діагностичних складнощах – скерування у ЗОЗ, що надає ТМД</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Значне почастішання епілептичних нападів або посилення їх тяжкості	Лікування епілепсії, яка ускладнилася скороченням терміну між нападами або посиленням їх тяжкості, потребує госпіталізації у спеціалізований неврологічний стаціонар за умов тривалості й безперервності терапії	<p><i>Обов'язкові</i></p> <p>Госпіталізація у неврологічний стаціонар</p> <p>Якщо у клінічній картині нападів або у постіктальний період домінують психічні порушення, можлива госпіталізація у психіатричний стаціонар</p> <p>За можливості – усунення чинників, які призвели до погіршення стану, та корекція супутніх порушень</p> <p>Корекція схеми ПЕП</p>
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	<p><i>Обов'язкові</i></p> <p>Госпіталізація у реанімаційне відділення з проведенням комплексу заходів інтенсивної терапії відповідно до протоколів</p> <p>Визначення показань до подальшого лікування у стаціонарі ЗОЗ, що надає ТМД: розвиток статусу з невстановленої причини – після стабілізації стану пацієнта, неефективність лікувальних заходів протягом трьох годин, доцільність подальшого нейрохірургічного лікування</p>
Розвиток серйозних ускладнень протиепілептичної терапії	Лікування тяжкого 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	<p><i>Обов'язкові</i></p> <p>Госпіталізація у стаціонар відповідно до профілю ускладнення</p> <p>Препарати для дезінтоксикації та десенсибілізації, осмотичні діуретики, протинабрякові препарати, гепатопротектори</p> <p>Корекція схеми ПЕП</p> <p>При подовжених симптомах інтоксикації та необхідності значної корекції схеми ПЕП – скерування у ЗОЗ, що надає ТМД</p> <p><i>Бажані</i></p> <p>Використання обмінного плазмаферезу</p>
Розвиток психічних та поведінкових розладів	Потребують госпіталізації хворі з: психотичними розладами, деменцією, неможливістю забезпечення життєдіяльності, надання допомоги пацієнту з боку родичів <p>За наявності соціально небезпечних дій або намірів, ауто- чи гетероагресивної поведінки необхідна невідкладна госпіталізація</p>	<p><i>Обов'язкові</i></p> <p>Призначення відповідно до показань АП, АД, анксиолітиків, засобів для лікування деменції та когнітивних розладів</p> <p>За відсутності психіатричного стаціонару ЗОЗ, що надає ВМД – госпіталізація у ЗОЗ, що надає ТМД</p> <p><i>Бажані</i></p> <p>Психотерапія (РП, СП, КБТ) відповідно до показань</p>

Таблиця 3.4. Для закладів, що надають третинну амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу (високоспеціалізована неврологічна допомога)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Діагностика		
<p>Збір анамнезу Фізикальне обстеження Лабораторна діагностика ЕКГ Нейровізуалізація МРТ головного мозку (не менш ніж 1,5 Тл) ЕЕГ з можливістю подальшого моніторингу (відео-моніторингу) Тривалий моніторинг АТ Тривалий моніторинг ЕКГ за необхідності виключення пароксизмів, пов'язаних з серцевими аритміями Консультації психіатра та/або лікаря-психолога за наявності психопатологічних проявів (у структурі нападу або період між нападами) Консультація нейрохірурга за наявності структурних змін головного мозку, резистентності до медикаментозного лікування</p>	<p>Метою діагностики є встановлення діагнозу «епілепсія», типів епілептичних нападів та форми епілепсії, а також етіології захворювання, клінічно важливих коморбідних станів Діагностика епілепсії проводиться тільки у 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 повинен використовувати сучасні нейрофізіологічні та нейровізуалізаційні методи дослідження, а також мати змогу консультувати пацієнта в інших спеціалістів для виключення неепілептичного характеру пароксизмальних порушень та діагностики низки супутніх патологічних станів Показання до хірургічного лікування хворих на епілепсію мають бути сформульовані тільки групою спеціалістів з діагностики та лікування епілепсії (неврологом, епілептологом, нейрофізіологом, нейрохірургом і нейрорадіологом)</p>	<p>Обов'язкові Клінічна діагностика Особливості збору анамнезу: • обставини виникнення першого та інших нападів • анамнез життя (за можливістю включаючи ранній анамнез), наявність в анамнезі пологової травми або іншої важкої патології ЦНС у ранньому дитинстві; в дитячому віці – пароксизмальних станів: фебрильних судом, інших порушень свідомості; в анамнезі – втрати чи порушень свідомості, немотивованих фобій та психомоторного збудження, особливо вночі, пароксизмальних рухових розладів, транзиторних порушень мови, енурезу • обставини життя і роботи (контакт з токсичними факторами, підвищений ризик травмування та ін.) • сімейний анамнез (наявність пароксизмальних порушень у рідних) Фізикальне обстеження пацієнта для виключення (або підтвердження) наявності соматичної патології, що могла призвести до виникнення нападів Поглиблене неврологічне дослідження в динаміці Лабораторні методи обстеження: • загальний аналіз крові (гемоглобін, гематокрит, лейкоцитарна формула, кількість тромбоцитів) – якщо не зроблено у ЗОЗ, що надає ВМД • загальний аналіз сечі – якщо не зроблено у ЗОЗ, що надає ВМД • б/х аналіз крові з визначенням: рівня глюкози, кальцію, калію і натрію, АСТ, АЛТ, білірубіну, креатиніну, лужної фосфатази, гамаглутаматамінотрансферази, білкових фракцій, сечовини, амілази • вірусологічне та імунологічне дослідження (за показаннями) – кров, ліквор • показники гормонального статусу (після консультації ендокринолога за потребою) • генетичне консультування ЕЕГ (фоновий запис не менш ніж 20 хвилин з наступними функціональними пробами), МРТ головного мозку (не менш ніж 1,5 Тл із застосуванням тонких E-1 мм безперервних зрізів в коронарній проекції перпендикулярно до осі гіпокампу у режимах T1W1 T2W1 та режим із пригніченням сигналу від рідини (FLAIR) або зображення протонної щільності), КТ-ангіографія (з контрастним підсиленням) / МРТ-ангіографія (за показаннями) Огляд очного дна (за наявності показань) Направлення на консультацію до нейрохірурга (за наявності структурних змін головного мозку, резистентності до медикаментозного лікування) Консультація психіатра проводиться за показаннями (наявність психотичних, когнітивних змін та значних змін особистості)</p> <p>Бажані Тривалий моніторинг АТ ЕЕГ-моніторинг/відеомоніторинг (ЕЕГ-відеомоніторинг з фіксацією не менш ніж трьох нападів перед хірургічним втручанням) ЕКГ-моніторинг при підозрі на кардіогенні пароксизми Дослідження плазмоконцентрації ПЕП в крові (за показаннями) Ультразвукове транскраніальне доплерографічне дослідження має проводитися в каротидному і базиллярному басейнах з пред'явленням адекватних функціональних навантажень Отоневрологічне обстеження (за показаннями) Поглиблене ендокринологічне обстеження за наявності показань Психіатричне та нейропсихологічне обстеження проводиться за показаннями (в тому числі обов'язково перед хірургічним втручанням) З метою уточнення локалізації епілептичного фокусу: проведення ПЕТ, субстракції перфузійних зображень (ОФЕКТ) мозку у міжнападному стані, під час епілептичного нападу та їх кореляції з МРТ; реєстрація ЕЕГ за допомогою субдуральних та внутрішньомозкових електродів, інтраопераційна кіркова ЕЕГ (у рамках передопераційного обстеження)</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
2. Методи лікування		
<p>2.1. Медикаментозна лікування</p> <p>Дебют хвороби (підозра на епілепсію, первинна діагностика) чи поновлення нападів після ремісії є показаннями для консультування у ЗОЗ, що надає ТМД Лікування: підбір, початок/корекція медикаментозного лікування</p> <p>Контроль ефективності лікування</p> <p>Скерування на диспансерне спостереження до лікаря-невролога ЗОЗ, що надає ВМД</p> <p>За наявності показань за результатами обстеження на амбулаторному етапі – госпіталізація (дебют епілептичних нападів або невизначених пароксизмальних станів, частота й тяжкість яких є загрозливою для пацієнта); розвиток психічних та поведінкових розладів за неефективності або неможливості лікування у ЗОЗ, що надає ВМД</p> <p>Фармакорезистентна епілепсія</p> <p>Лікування: корекція лікування ПЕП</p> <p>Визначення показань до стаціонарного лікування (значне почастішання епілептичних нападів або посилення їх тяжкості, розвиток епілептичного статусу, за неефективності лікування у ЗОЗ, що надає ВМД, розвиток серйозних ускладнень протиепілептичної терапії)</p>	<p>Лікування епілепсії проводиться лише у спеціалізованих лікарняних закладах: неврологічних, а за показаннями – психіатричних</p> <p>Лікування має бути тривалим, безперервним, адекватним щодо типу нападів та форми епілепсії і таким, що досягає контролю над нападами, або максимально зменшує їх частоту з мінімальними побічними діями</p> <p>ПЕП Лікування завжди починається з монотерапії препаратом 1-ї лінії вибору</p> <p>Політерапія призначається після неефективного лікування двома препаратами 1-ї 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 медичної допомоги є епілепсії, що характеризуються рецидивуванням, резистентністю, ускладненнями, низькою прихильністю пацієнта до терапії, нестійкою трудовою та соціальною адаптацією, соціально небезпечними діями й частими госпіталізаціями у ЗОЗ, що надає ВМД</p>	<p>Обов'язкові</p> <p>Призначення ПЕП 1-ї та 2-ї лінії вибору у політерапії відповідно до типу нападів за неефективності монотерапії</p> <p>Лікування нападів починають із монотерапії препаратом 1-ї лінії вибору, ефективність якого оцінюють протягом не менш ніж 3 місяців після досягнення терапевтичної дози препарату</p> <p>ПЕП обирається залежно від статі, віку й соціального функціонування пацієнта. При виборі ПЕП 1-ї лінії враховуються можливі побічні ефекти, що найбільш часто зустрічаються і можуть погіршити якість життя хворих більшою мірою, ніж наявність епілептичних нападів. За ефективності першого призначення ПЕП його застосовують довгостроково у терапевтичних дозуваннях для тривалого прийому протягом, як мінімум, 3 років після останнього нападу</p> <p>За неефективності першого призначеного ПЕП як монотерапії призначають інший препарат 1-ї лінії вибору також у монотерапії. Для цього другий препарат доводять до терапевтичної дози і лише потім поступово відмінюють перший неефективний ПЕП. За ефективності терапевтичних доз другого ПЕП його також призначають довгостроково й безперервно протягом, як мінімум, 3 років. Якщо у пацієнта, який приймав лише один препарат 1-ї лінії вибору, частота та тяжкість нападів суттєво знижують якість соціального функціонування, за неефективності першої монотерапії можливий перехід на лікування двома ПЕП</p> <p>У разі неефективності монотерапії другим ПЕП переходять на лікування двома ПЕП. З перших двох препаратів вибирають той, який був більш ефективний (для конкретного пацієнта) і краще переносився. 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 нижчими за терапевтичні. За неефективності терапії двома ПЕП продовжують підбір схеми спочатку з двох, а потім з трьох ПЕП, які ефективні для лікування того або іншого типу нападу</p> <p>Призначення більше трьох ПЕП недоцільне</p> <p>Лікування етіологічного чинника, який привів до розвитку епілепсії (за можливості)</p> <p>Лікування супутніх захворювань</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Визначення показань до нейрохірургічного лікування	Після встановлення діагнозу «епілепсія» обов'язковою є консультація нейрохірурга в наступних випадках: наявність морфологічного вогнища при проведенні томографії у пацієнтів у дебюті епілепсії; негативна динаміка морфологічного вогнища при повторному нейровізуалізаційному дослідженні у пацієнтів з довготривалою епілепсією; фармакорезистентність епілепсії	Консультацію має проводити нейрохірург із досвідом лікування фармакорезистентної епілепсії
Ускладнення протиепілептичної терапії	Важливо встановити зв'язок того чи іншого ускладнення з прийомом конкретного ПЕП чи їх комбінації	<i>Обов'язкові</i> Визначення плазмоконтрації ПЕП Препарати для дезінтоксикації та десенсибілізації, осмотичні діуретики, протинабрякові засоби, гепатопротектори Корекція схеми ПЕП За неможливості амбулаторного лікування – госпіталізація у відповідний характеру побічної дії стаціонар За наявності психічних ускладнень призначення за необхідності відповідно до показань АП та анксиолітиків, можлива госпіталізація у психіатричний стаціонар
2.2. Вторинна профілактика		Рекомендації з диспансерного спостереження у ЗОЗ, що надає ВМД
2.3. Стаціонарне лікування		Згідно з показаннями до стаціонарного лікування у ЗОЗ, що надає ВМД Нейрохірургічна стаціонарна допомога
Дебют епілептичних нападів або невизначених пароксизмальних станів, частота й тяжкість яких є загрозовими для пацієнта	Пацієнт скеровується у ЗОЗ, що надає ТМД, навіть при незначних діагностичних складнощах, коли пацієнт потребує додаткового спеціалізованого обстеження	Хворий госпіталізується у неврологічний стаціонар Алгоритм обстеження такий самий, як описано вище, однак його треба проводити в найбільш короткий термін для встановлення діагнозу та визначення терапевтичної тактики (доцільність призначення ПЕП 1-ї лінії вибору відповідно до типу нападів)
Значне почастішання епілептичних нападів або посилення їх тяжкості	Потребує стаціонарного лікування у ЗОЗ, що надає ТМД, якщо не можна проводити таке лікування амбулаторно, терапія у ЗОЗ, що надає ВМД, була неефективною, та у випадках, коли пацієнт вимагає додаткового спеціалізованого обстеження	<i>Обов'язкові</i> Госпіталізація у неврологічний стаціонар Якщо у клінічній картині нападів або у постіктальний період домінують психотичні порушення, можлива госпіталізація у психіатричний стаціонар За можливості – усунення чинників, які призвели до погіршення стану, та корекція супутніх порушень Корекція схеми ПЕП
Розвиток серйозних ускладнень протиепілептичної терапії	Тільки при триваючих симптомах інтоксикації та необхідності значної корекції схеми ПЕП можливе скерування на третинний рівень	<i>Обов'язкові</i> Госпіталізація у відповідний стаціонар Корекція схеми ПЕП За наявності психічних ускладнень – призначення за необхідності відповідно до показань АП та анксиолітиків, можлива госпіталізація у психіатричний стаціонар <i>Бажані</i> Використання обмінного плазмаферезу (за показаннями)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Розвиток психічних та поведінкових розладів	Потребують госпіталізації хворі з: психотичними розладами, деменцією, неможливістю забезпечення життєдіяльності, надання допомоги пацієнту з боку родичів За наявності соціально небезпечних дій або намірів, ауто- або гетероагресивної поведінки необхідна невідкладна госпіталізація	<p><i>Обов'язкові</i> Госпіталізація у психіатричний стаціонар Призначення відповідно до показань АП, АД, анксиолітиків, засобів для лікування деменцій та когнітивних розладів</p> <p><i>Бажані</i> Психотерапія (РП, СП, КБТ, ПСТ) відповідно до показань</p>
Розвиток епілептичного статусу	Показання до подальшого лікування у стаціонарі ЗОЗ, що надає ТМД (після ВМД): розвиток статусу з невстановленої причини – після стабілізації стану пацієнта, неефективність 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>Терапія раннього ЕС:</p> <ul style="list-style-type: none"> • діазепам – 20 мг (4 мл 0,5% розчину) в/в • можливе застосування осмотичних діуретиків <p>Лікування на стадії розгорнутого ЕС:</p> <ul style="list-style-type: none"> • діазепам – до 40 мг (8 мл 0, 5% розчину) • вальпроєва кислота – до 1500 мг в/в крапельно (струйно не більш ніж 500 мг) • осмотичні діуретики та інші протинабрякові засоби (розчин магнію сульфату, манітол, дексаметазон, преднізолон, гідрокортизон) • за необхідності – профілактика кардіореспіраторних, вегетативних, метаболічних і системних ускладнень <p>Лікування на стадії резистентного ЕС:</p> <ul style="list-style-type: none"> • проводиться в/в наркоз – тіопентал, натрію оксибутират, пропофол (за виключенням кетаміну) • можливе використання засобів для інгаляційного наркозу • ЕЕГ або ЕЕГ-відеомоніторинг • діазепам – до 60 мг/добу • вальпроєва кислота – до 4000 мг/добу в/в крапельно (струйно не більш ніж 500 мг одноразово) • профілактика й лікування кардіореспіраторних, вегетативних, метаболічних і системних ускладнень
Рекомендації при виписуванні зі стаціонару	Епілепсія є хронічним захворюванням, що потребує тривалого безперервного лікування ПЕП, наступності та взаємодії лікарів усіх ланок медичної допомоги	<p><i>Обов'язкові</i> Надання рекомендацій з диспансерного спостереження для лікарів, які надають ВМД (спеціалізовану) (див. вище) Чітка і зрозуміла для пацієнта та його родичів схема довготривалого прийому ПЕП (із зазначенням назви, дози і кратності прийому) й інших ліків Лабораторна діагностика 1 раз на 6 місяців (аналіз крові клінічний з тромбоцитограною, аналіз сечі клінічний, печінкові проби) Скерування для постійного нагляду до спеціаліста-невролога, за показаннями – до психіатра Соціальні поради та рекомендації із працевлаштування Обов'язкове ведення хворим щоденника нападів та стану здоров'я</p>
Реабілітація та вторинна і третинна профілактика	Рекомендації з диспансерного спостереження лікаря, який надає ВМД (спеціалізовану) Проведення ПСТ з метою зменшення стигматизуючого впливу захворювання на пацієнта та його оточуючих	<p><i>Обов'язкові</i> Контроль за дотриманням плану диспансерного спостереження Психологічна допомога Забезпечення можливості швидкого звернення у разі погіршення стану здоров'я до ЗОЗ, що надають ТМД (високоспеціалізовану)</p> <p><i>Бажані</i> Консультації спеціалістів, які не були проведені в закладі, що надає ВМД (спеціалізовану)</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Хірургічне лікування	Пацієнти з фармакорезистентною формою епілепсії розглядаються як потенційні кандидати до хірургічного лікування. Таким хворим має проводитися 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 має проводитися якнайшвидше, оскільки доведено, що тривалий перебіг хвороби знижує ймовірність одержання позитивного результату після операції.	<p>Обов'язкові Госпіталізація у нейрохірургічній стаціонар або епілептичний центр, де є можливість провести високотехнологічні нейровізуалізаційні та електрофізіологічні (включаючи інвазивні) дослідження. У випадку встановлення показань 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 осіб з епілепсією мають бути сформульовані групою спеціалістів з діагностики та лікування епілепсії (неврологом, епілептологом, нейрофізіологом, нейрохірургом та нейрорадіологом).</p> <p>Бажані З метою уточнення локалізації епілептичного фокусу: проведення ПЕТ, субстракції перфузійних зображень (ОФЕКТ) мозку у міжнападному стані, під час епілептичного нападу та їх об'єднання з МРТ; реєстрація ЕЕГ за допомогою субдуральних та внутрішньомозкових електродів, інтраопераційної коркової ЕЕГ (за показаннями).</p>

Таблиця 4.1. Опис видів, етапів та обсягів медичної допомоги в залежності від клінічного стану пацієнта

Клінічні стани	Види, етапи та обсяги медичної допомоги
1. Дебют хвороби (підозра на епілепсію, первинна діагностика), поновлення нападів після ремісії	<p>ЕМД Клінічний огляд, ЕМД, профілактика травмування пацієнта під час нападу, госпіталізація за показаннями (тривалість нападу більш ніж 10 хвилин, серійні напади, повторення епілептичного нападу/-дів протягом доби, порушення життєвих функцій під час нападу і/або травмування пацієнта, тривале, більш ніж 10 хвилин, порушення психічних функцій або вогнищева неврологічна симптоматика після нападу, вагітність, епілептичний статус), до ЗОЗ, що надає ВМД/ТМД; скерування до лікаря-спеціаліста ЗОЗ, що надає ВМД (амбулаторно) – при компенсованому стані пацієнта і відсутності актуальних супутніх соматичних та неврологічних захворювань, при розвитку одного епілептичного нападу або поновленні епілептичних нападів у пацієнта з історією епілепсії після ремісії.</p> <p>ПМД Обов'язкові дослідження – збір анамнезу, клінічне обстеження, вимір АТ, загальний аналіз крові, визначення рівня глюкози в крові, ЕКГ, направлення до лікаря-спеціаліста ЗОЗ, що надає ВМД.</p> <p>ВМД, амбулаторний етап Обов'язкові дослідження – збір анамнезу, клінічне неврологічне обстеження, лабораторна діагностика (загальний аналіз сечі, б/х аналіз крові з визначенням рівня кальцію, АСТ, АЛТ, білірубину, креатиніну, лужної фосфатази, електrolітів, білку, сечовини, амілази, молочної кислоти); скерування у ЗОЗ, що надає ТМД; додаткові (за показаннями) – консультації психіатра, офтальмолога, ендокринолога, лікаря-психолога.</p> <p>ТМД, амбулаторний етап Обов'язкові – збір анамнезу, клінічне неврологічне обстеження, лабораторна діагностика – б/х аналіз крові з визначенням гамаглутаматамінотрансферази, церулоплазміну, ЕЕГ, МРТ, визначення вмісту ПЕП у крові (у разі поновлення нападів після ремісії); додаткові (за показаннями) – лабораторна діагностика (нейрогенетичні, вірусологічні, імуноферментні дослідження), консультація нейрохірурга, генетика. Лікування: підбір, початок/корекція медикаментозного лікування; контроль ефективності лікування; скерування на диспансерне спостереження лікарем-неврологом ЗОЗ, що надає ВМД.</p>

Клінічні стани	Види, етапи та обсяги медичної допомоги
	<p>За наявності показань за результатами обстеження на амбулаторному етапі – госпіталізація (значне почастішання нападів і/або посилення їх тяжкості, наявність тяжких неврологічних і/або соматичних захворювань, вагітність, наявність у 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><i>ТМД, стаціонарний етап</i> Тривалий моніторинг: АТ, ЕКГ-, ЕЕГ-моніторинг, МРТ-дослідження на апараті з напругою магнітного поля не менш ніж 1,5 Т, ультразвукове транскраніальне доплерографічне дослідження, МРТ в ангіографічному режимі, отоневрологічне, поглиблене ендокринологічне, психологічне і психодіагностичне (патопсихологічне, нейропсихологічне) обстеження Лікування: підбір, початок/корекція медикаментозного лікування; контроль ефективності лікування; скерування на диспансерне спостереження лікарем-неврологом ЗОЗ, що надає ВМД</p>
<p>2. Стан стійкої ремісії</p>	<p><i>ПМД</i> Психоосвітня робота з пацієнтом та його родичами; формування прихильності до лікування</p> <p><i>ВМД</i> Диспансерне спостереження (4 рази на рік): клінічна діагностика, обов'язкові 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, трансамінази, лужна фосфатаза, креатинін, вміст фолієвої кислоти; ЕЕГ-обстеження не рідше ніж 1 раз на 6 міс.; МРТ головного мозку 1 раз на 13 років); 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 динамічному МРТ/КТ-дослідженні у пацієнтів з довготривалою епілепсією; фармакорезистентність епілепсії); корекція підтримуючої терапії; моніторинг побічних дій препаратів та профілактика ускладнень фармакотерапії; визначення вмісту ПЕП у крові (за неефективності терапії, при появі клінічно значимих побічних дій ПЕП, при вагітності та плануванні вагітності – обов'язково; при переході на іншу комерційну форму препарату, значній зміні маси тіла, переході на політерапію, приєднанні коморбідного захворювання – бажано); рекомендації щодо режиму та поведінки Додаткові (за потреби) методи дослідження, консультації відповідних спеціалістів</p>
<p>3. Епілепсія, резистентна до медикаментозного лікування</p>	<p><i>ПМД</i> Збір анамнезу, клінічне обстеження, направлення до лікаря-спеціаліста ЗОЗ, що надає ВМД</p> <p><i>ВМД, амбулаторний етап</i> Збір анамнезу, клінічне неврологічне обстеження, скерування у ЗОЗ, що надає ТМД</p> <p><i>ТМД, амбулаторний етап</i> Збір анамнезу, клінічне неврологічне обстеження, ЕЕГ, МРТ, визначення вмісту ПЕП у крові; консультація нейрохірурга Лікування: корекція лікування ПЕП; визначення показань до стаціонарного лікування (розвиток епілептичного статусу або серії нападів; значне почастішання епілептичних нападів або посилення їх тяжкості; розвиток серйозних ускладнень протиепілептичної терапії; розвиток психотичної симптоматики та психотичного розладу; розвиток «особливих станів свідомості», розвиток та прогресування неспихотичних психіатричних синдромів – деменції, депресії, тривожного розладу тощо); визначення показань до нейрохірургічного лікування – прогресуючий перебіг захворювання, зростаюча частота і виразність епілептичних нападів, прогресуючі психічні розлади; наявність вогнищового структурного ураження головного мозку різного генезу, яке задіяне в епілептогенезі патології</p>

Клінічні стани	Види, етапи та обсяги медичної допомоги
Ускладнення протиепілептичної терапії	<p><i>ПМД</i> Надання невідкладної допомоги (за потребою), скерування у ЗОЗ, що надає ВМД</p> <p><i>ВМД, амбулаторний етап</i> Оцінювання тяжкості ускладнень, за необхідності проведення стаціонарного лікування (див. вище), оцінка необхідності скерування у ЗОЗ, що надає ТМД, для вирішення питання зміни схеми ПЕП в амбулаторних чи стаціонарних умовах</p> <p><i>ТМД, амбулаторний етап</i> Корекція схеми ПЕП, стаціонарний етап. Тільки при подовжених симптомах інтоксикації – госпіталізація у ЗОЗ, що надає ТМД</p>
Епілептичний статус	<p><i>ЕМД, ПМД, ВМД – амбулаторний етап</i> ЕМД на догоспітальному етапі; екстрена госпіталізація у стаціонар ЗОЗ, що надає ВМД (ПІТ) або відділення (палату) реанімації</p> <p><i>ВМД, стаціонар (ПІТ) або відділення (палата) реанімації</i> ЕЕГ-дослідження, ЕКГ, комплекс обстежень, необхідний для проведення інтенсивної терапії, сумісна курація невролога та реаніматолога-анестезіолога. Визначення показань до подальшого лікування у стаціонарі ЗОЗ, що надає ТМД (розвиток статусу у пацієнта без епілепсії в анамнезі, невстановлена причина статусу, тривалість більш ніж 60 хвилин, неможливість проведення адекватних реанімаційних заходів, доцільність подальшого нейрохірургічного лікування), за неефективності – своєчасне скерування у ЗОЗ, що надає ТМД Лікування: комплекс інтенсивної терапії відповідно до протоколів надання реанімаційної допомоги Визначення показань до подальшого лікування у стаціонарі ЗОЗ, що надає ТМД – показання до подальшого лікування у стаціонарі ЗОЗ, що надає ТМД (після ВМД) – розвиток статусу у пацієнта без епілепсії в анамнезі, невстановлена причина статусу, тривалість більш ніж 60 хвилин, неможливість проведення адекватних реанімаційних заходів, доцільність подальшого нейрохірургічного лікування</p>

Початок і принципи лікування хворих на епілепсію

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

Наявність у хворого двох і більше епілептичних нападів вимагає початку лікування ПЕП.

Якщо у пацієнта виявлено етіологію розвитку епілепсії, у випадках встановлення діагнозу або відповідності симптоматики діагностичним критеріям МКХ, необхідно здійснювати заходи, спрямовані на усунення етіологічного чинника хірургічним або терапевтичним шляхом (якщо це можливо). Таке лікування має бути проведене навіть за ефективності ПЕП. Пошук етіології епілепсії не повинен припинятися після початку лікування ПЕП навіть у разі його успішності.

Розвиток лише одного епілептичного нападу робить необхідним здійснення вищеописаного діагностичного стандарту і потребує диференційованого підходу до початку терапії ПЕП.

При розвитку епілептичного нападу на тлі гострої патології ЦНС діагноз епілепсії не встановлюється. У таких випадках, згідно з рекомендаціями ІЛАЕ (2009), діагностується ГСЕН. ГСЕН – це клінічний напад, який виникає під час системного патологічного стану або в тісній часовій кореляції із задокументованим мозковим захворюванням. (ГСЕН у межах 1-го 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, за наявності тяжких метаболічних порушень, підтверджених специфічними біохімічними і гематологічними аналізами в межах 24 годин, при наркотичній і алкогольній інтоксикації (або припиненні вживання) або при застосуванні 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 та відсутність факторів ризику розвитку епілепсії;
- гострий симптоматичний напад;
- напад, спровокований тривалою депривацією сну.

Таблиця 4.2. Фармакокінетична взаємодія ПЕП

Вплив на ПЕП	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												↓	

Примітки: AZM – ацетазоламід; BZD – бензодіазепіни; CBZ – карбамазепін; GBP – габапентин; LEV – леветирacetам; LTG – ламотриджин; PB – фенобарбітал; PGB – прегабалін; PHT – феноїтоїн; TPM – топірамат; VPA – вальпроєва кислота; OCZ – окскарбазепін.

Ситуації, що вимагають обов’язкового призначення антиконвульсантів після 1-го епілептичного нападу:

- дебют з епілептичного статусу;
- вневненість у 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 двох і більше ознак, викладених нижче:

- безумовні епілептиформні зміни на EEG;
- наявність родової травми або дані про тяжку органічну патологію ЦНС у ранньому дитинстві;
- наявність у дитячому та підлітковому віці «епілептичних стигм»;
- сімейний анамнез епілепсії;
- тяжкий 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 прийняте рішення починати лікування, вибір ПЕП повинен здійснюватися з урахуванням наступних чинників:

- тип нападу;
- синдром епілепсії;
- стать пацієнта;
- супутні захворювання;
- вік пацієнта.

Лікування пацієнтів з епілепсією починають з монотерапії препаратом 1-ї 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 частішої зміни та розвитку вторинної фармакорезистентності.

При виборі ПЕП 1-ї лінії необхідно пам’ятати про найбільш часті побічні ефекти, які можуть погіршити якість життя хворих більшою мірою, ніж наявність епілептичних нападів.

У разі ефективності першого призначеного ПЕП його рекомендують вживати тривало в терапевтичних дозах протягом 3 років. За неефективності першого ПЕП як монотерапії

Таблиця 4.3. Застосування ПЕП залежно від типу нападів

Тип нападу	1-ша лінія	2-га лінія	Можливість застосування	Протипоказані для застосування
Генералізовані тоніко-клонічні, тонічні, клонічні	Вальпроєва кислота Ламотриджин	Карбамазепін Леветирацетам Оскарбазепін Топірамат Фенобарбітал	Габапентин Прегабалін Фенітоїн	За наявності абсансів, міоклоній, підозра на ЮМЕ: габапентин, карбамазепін, окскарбазепін, прегабалін, фенітоїн
Міоклонічні	Вальпроєва кислота Леветирацетам Топірамат	Клоназепам	Ламотриджин Працетам Фенобарбітал	Габапентин Карбамазепін Оскарбазепін Прегабалін Фенітоїн Підозра на ЮМЕ: ламотриджин
Абсанси	Вальпроєва кислота	Клоназепам Ламотриджин Леветирацетам	Топірамат	Габапентин Карбамазепін Оскарбазепін Прегабалін Фенітоїн
Парціальні	Вальпроєва кислота Ламотриджин Леветирацетам Карбамазепін Оскарбазепін Топірамат	Фенітоїн	Габапентин Клоназепам Прегабалін Фенобарбітал	
Вторинно генералізовані	Вальпроєва кислота Ламотриджин Карбамазепін Оскарбазепін Леветирацетам Топірамат	Фенітоїн	Габапентин Прегабалін Клоназепам Фенобарбітал	
Недиференційовані	Вальпроєва кислота Топірамат	Ламотриджин Леветирацетам	Фенобарбітал	

призначають інший препарат 1-ї лінії вибору у вигляді монотерапії. Для цього другий лікарський засіб доводять до терапевтичної дози і лише потім поступово відмінюють перший неефективний ПЕП. За 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 знижують якість соціального функціонування, можливий перехід на лікування відразу ж двома ПЕП.

У разі неефективності монотерапії другим ПЕП перехід на прийом третього препарату у вигляді монотерапії можливий лише при дуже рідких нападах. Зазвичай переходять на лікування двома ПЕП. З перших двох лікарських засобів обирають той, який був більш ефективним і краще переносився. 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 4.2). Дози препаратів повинні бути не нижче терапевтичних. За неефективності лікування двома ПЕП продовжують підбір схеми спочатку з двох, а потім з трьох ПЕП, які ефективні для терапії того чи іншого типу нападів.

Комбінації більше трьох ПЕП вважаються неефективними через неможливість оцінити їх взаємодію із неминучою сумациєю побічних ефектів.

Тип нападу є одним з основних критеріїв вибору ПЕП у дорослих, оскільки встановити синдром епілепсії у них часто буває неможливо. ПЕП необхідно призначати в дозах не нижче терапевтичних з адекватною для кожного препарату кратністю прийому. Це дозволить підтримувати

Дози ПЕП, зареєстрованих в Україні

Вальпроєва кислота – 500-3000 (1000) мг/добу	Клоназепам – 2-8 (2-4) мг/добу
Карбамазепін – 400-2000 (600-800) мг/добу	Габапентин – 1200-4800 (2400) мг/добу
Фенобарбітал (бензобарбітал) – 60-240 (120) мг/добу	Прегабалін – 150-600 (300-450) мг/добу
Фенітоїн – 100-700 (300) мг/добу	Леветирацетам – 1000-4000 (2000-3000) мг/добу
Ламотриджин – 100-800 (200-400) мг/добу	Окскарбазепін – 300-2400 (900-1200) мг/добу
Топірамат – 100-1000 (200-400) мг/добу	

Примітка: У дужках вказані середні добові дози ПЕП.

стабільну концентрацію ПЕП у плазмі крові і уникнути піків концентрації, під час яких можливі поява дозозалежних ефектів або падіння концентрації препаратів, що призводить до різкого зниження їх ефективності та можливості декомпенсації епілепсії.

При призначенні ПЕП необхідно пам'ятати, що тільки препарати вальпроєвої кислоти й топірамат діють на всі типи нападів, у той же час карбамазепін і фенітоїн можуть спровокувати або зробити частішими абсанси та 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/без вторинної генералізації.

Призначення фенобарбіталу та клоназепаму може спровокувати розвиток атонічних нападів.

Крім цього, всі ПЕП мають побічні ефекти, які необхідно враховувати при виборі препаратів у клінічних ситуаціях, коли їх ефективність є однаковою (табл. 4.3).

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

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

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

Диспансерне спостереження пацієнтів з епілепсією без психічних порушень здійснює невролог.

Диспансерне спостереження пацієнтів з епілепсією та психічними порушеннями здійснює психіатр.

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

Пацієнти з епілепсією потребують диспансерного спостереження за наступними стандартами:

- консультація фахівця, що спостерігає, 1 раз на 3 місяці;
- ЕЕГ-обстеження не рідше ніж 1 раз на 6 місяців;
- МРТ головного мозку 1 раз на 1-3 роки;
- консультація невролога і/або психіатра 1 раз на рік залежно від спеціальності лікаря, що спостерігає;
- лабораторна діагностика 1 раз на 6-12 місяців;
- 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 виконанні повторних нейровізуалізаційних досліджень; фармакорезистентність епілепсії.

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

Робоча група ІЛАЕ 2010 р. сформулювала визначення фармакорезистентної епілепсії. Так, фармакорезистентна епілепсія – 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 лікуванням вважається тоді, коли повністю припиняються напади впродовж одного року або трикратного найдовшого міжприступного інтервалу під час активної фази епілепсії. Наприклад, якщо хворий мав напади протягом 6 місяців, для висновку, що він є вільним від нападів, необхідна їх відсутність принаймні 18 місяців (6 × 3). Використання «правила трьох» забезпечує 95% вірогідності. Виключенням можуть бути випадки, коли препарат відмінюють, не досягнувши клінічно ефективного дозування через побічні дії. Хоча лікарський засіб 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 EEG-дослідженні (навіть при рутинній EEG) в осіб із парціальними нападами; склероз гіпокампу; збіг локалізації стабільного морфологічного осередкового ураження мозку і вогнищевою епілептиформною активністю при EEG-дослідженні; мономорфність рефрактерних комплексних парціальних нападів; прогресивне погіршення клінічного перебігу фокальної епілепсії.

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

Вагітність у жінок з епілепсією, за можливістю, повинна бути планованою, в тому числі для врегулювання доз ПЕП, які у деяких випадках можуть бути зменшеними до мінімально ефективних. При плануванні вагітності слід розглянути можливість переходу на монотерапію ПЕП. Під час вагітності не можна переривати лікування, особливо за 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, який проводиться до настання вагітності, а потім на початку кожного триместру і в останні 4 тижні до пологів. При почастішанні нападів рекомендується підвищення доз ліків або приєднання другого ПЕП.

Перевага надається препаратам із повільним вивільненням діючої речовини. Прийом антиконвульсантів повинен супроводжуватися призначенням фолієвої кислоти у дозі 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 становить 1 раз на 2 місяці, акушером-гінекологом – згідно з нормативами. При персистенції нападів

регулярність спостереження неврологом складає 1 раз на 1 місяць, акушером-гінекологом – 1 раз на 2 тижні. Динамічне УЗД плоду – при постановці на облік і на 11-12-му тижні, надалі – на 19-21-му тижні і потім 1 раз на 4 тижні.

Епілепсія не є протипоказанням для пологів через природні пологові шляхи. Епілептичний статус, почастішання епілептичних нападів у передпологовий період, прееклампсія з тяжким 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 під час вагітності потрапляння ліків у кров дитини зазвичай є вищим, ніж з молоком матері. Провідні фахівці-епілептологи наполегливо рекомендують годувати дитину материнським молоком. Це потрібно здійснювати у положенні лежачи для того, щоб у разі розвитку нападу уникнути травми. Прискіпливе клінічне спостереження необхідне для матерів, що вживають фенобарбітал, 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 у загальній популяції. Жодна вада розвитку не є специфічною для певного ПЕП. Найменший тератогенний потенціал мають леветирацетам, ламотриджин і карбамазепін. Ризик мальформацій значно зростає при вживанні 2-3 ПЕП.

Хірургічне лікування

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

Хірургічне лікування епілепсії розвивалося 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.

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

Топектомія – це резекція вогнищового 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.

Показанням для проведення гемісферектомії є прогресуючі, резистентні до медикаментозної терапії епілептичні напади, які походять із одного або кількох епілептичних вогнищ, локалізованих у різних ділянках в 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 локалізуватися 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 діаферентацію.

Метою каллозотомії є попередження поширення епілептичної активності із однієї півкулі в іншу за рахунок переривання нервових сполучень, залучених у генералізацію епілептичної активності. Операція показана пацієнтам 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, лобовій та мультифокальній епілепсії, у деяких випадках – при синдромі Штурге – Вебера. В окремих випадках можна використовувати стереотаксичну каллозотомію.

Множинну субпіальну трансекцію застосовують у випадках локалізації епілептичного фокуса в корі мозку, коли неможливо виконати класичну резекцію через високий ризик розвитку значного неврологічного дефіциту в осіб із парціальними нападами. Субпіальну трансекцію показано також у випадках мультифокальної епілепсії та у разі відсутності вогнищевих морфологічних ураження мозку, наприклад при синдромі Ландау – Клеффнера.

Певній категорії пацієнтів можна проводити стереотаксичну деструкцію медіанних структур скроневої частки, а саме стереотаксичну амігдалектомію та подовжно гіпокампектомію. В окремих випадках стереотаксичні радіохірургічні втручання можна виконувати хворим на епілепсію із медіанним скроневим склерозом, гамартомою гіпоталамуса.

Метою усіх електростимуляційних хірургічних втручань є посилення гальмівних процесів в окремих мозкових структурах, які чинять інгібуючий вплив на міжпароксизмальну діяльність епілептичного вогнища, 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 із вторинною генералізацією. Стимуляцію блукаючого нерву можна виконувати дітям з різними формами епілепсії та синдромом Леннокса – Гасто.

Хронічна глибинна мозкова стимуляція проводиться хворим із фармакорезистентною епілепсією, у випадках неможливості резекції епілептичного фокусу. Внутрішньомозкові електроди імплантуються у переднє 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.

Показаннями для проведення стаціонарного лікування є дебют епілептичних нападів або невизначених пароксизмальних станів, частота й тяжкість яких є загрозливими; 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 залежно 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.

Особливості терапевтичної тактики у пацієнтів з епілепсією є наступними (табл. 4.4):

- бажано застосовувати антиконвульсанти з антидепресивною дією (вальпроєва кислота, ламотриджин);
- при призначенні ПЕП необхідно враховувати їх можливу депресогенну дію (наприклад, фенобарбіталу);
- АД бажано призначати при досягненні максимально можливої компенсації епілепсії;
- серед АД препаратами вибору є інгібітори зворотного захоплення серотоніну;
- при призначенні АД необхідно враховувати їх можливу проконвульсивну дію;
- при призначенні лікування необхідно враховувати взаємодію ПЕП та АД.

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 стан характеризується значними змінами преморбідної поведінки. Особливо страждають емоційна сфера, сфера потреб та мотивацій.

При розладах особистості епілептичного ґенезу 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 і проявляються порушенням низки вищих кіркових функцій, включаючи пам'ять, мислення, орієнтування, розуміння, рахунок, здатність до навчання, мову й мислення при збереженні свідомості.

Терапія проводиться згідно з протоколами лікування когнітивного розладу органічного ґенезу. Особливості терапевтичної тактики у хворих на епілепсію є наступними:

- лікування когнітивного розладу бажано призначати тільки при досягненні максимально можливої компенсації епілепсії;
- психотерапія когнітивних функцій (психосоціальний тренінг) призначається за наявності показань;
- необхідно враховувати можливість впливу ПЕП на когнітивні функції хворих на епілепсію;
- при призначенні засобів, які покращують метаболізм мозку, необхідно враховувати їх можливість проконвульсивну дію;
- при призначенні лікування необхідно враховувати взаємодію 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 (Додаток 8).

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

- терапію психотичного розладу необхідно проводити у комплексі з протиепілептичним лікуванням, враховуючи можливий патогенетичний зв'язок з епілептичним захворюванням, з метою досягнення максимально можливої компенсації епілепсії;
- базовою є психофармакотерапія (переважно АП останнього покоління); допоміжну функцію за наявності показань виконують психотерапія та психосоціальні тренінги;
- при призначенні АП необхідно враховувати їх можливу проепілептичну дію;
- необхідно враховувати можливість впливу деяких ПЕП на виникнення гострих психотичних розладів;
- при призначенні лікування необхідно враховувати взаємодію АП та ПЕП.

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

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

Таблиця 4.4. Препарати та їх дозування, що застосовуються для лікування психічних і поведінкових розладів при епілепсії

Назва препарату	Дозування
Антипсихотики	
Оланзапін*	5-25 мг/добу
Рисперидон*	0,5-6 мг/добу
Кветіапін*	500-600 мг/добу
Амісульпрід*	50-800 мг/добу
Антидепресанти	
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
Снодійні	
Зопіклон	3,75-15 мг/добу
Золпідем	5-10 мг/добу
Залеплон	5-10 мг/добу

Примітки: Не рекомендовано: клозапін*, трициклічні антидепресанти*; * – рівень доказовості С.

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

V. Ресурсне забезпечення виконання протоколу

На момент затвердження УКПМД засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та використанні ЛПМД (КМП) має перевірятися реєстрація в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛПМД (КМП).

1. Вимоги для закладів, які надають ПМД.

1.1. Кадрові ресурси: лікар загальної практики – сімейний лікар, який має відповідний сертифікат та пройшов післядипломну підготовку в 2-річній 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 1-ї та 2-ї лінії, засоби для дезінтоксикації, осмотичні діуретики, снодійні.

2. Вимоги для закладів, які надають ЕМД.

2.1. Кадрові ресурси: бригади ЕМД.

2.2. Матеріально-технічне забезпечення.

Оснащення: електрокардіограф.

Лікарські засоби: діазепам, глюкоза, піридоксин, розчин магнію сульфату, розчин вальпроєвої кислоти.

3. Вимоги для закладів, які надають ВМД та ТМД

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 1-ї та 2-ї лінії, АП, АД, 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 оксидутират, пропофол, засоби для інгаляційного наркозу, ПЕП, антиконвульсанти, фолієва кислота, інгібітори зворотного захоплення серотоніну, протигістамінні препарати, антраль, фосфоліпіди, менадін/фітоменадін, кальцію 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 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».

Форма 030/о – Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма 030/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 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».

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 у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора: рік – 90%; рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (ЗОЗ), 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, у тому числі електронною.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх 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 у 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 ЛПМД хворим на епілепсію (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем загальної практики – сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

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

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

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

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) у 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 у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора: рік – 90%; рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (ЗОЗ), 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, у тому числі електронною.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів-неврологів (ЗОЗ, 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 (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з епілепсією), зареєстрованих у районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів-неврологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з епілепсією), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів-неврологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з епілепсією), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності ЛПМД хворим на епілепсію (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем-неврологом (ЗОЗ, що надає 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 звітного 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 звітного 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 тому разі, 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 визнається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (ЗОЗ), 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, у тому числі електронною.

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

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

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження від усіх 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 епілепсії.

Джерелом інформації є: Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о); Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о).

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

Джерелом інформації є: Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о); Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о).

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, у тому числі електронною.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. За 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 усіх 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.

VII. Перелік джерел літератури, використаних при розробці УКПМД

1. Адаптована клінічна настанова, основана 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 у Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313.

VIII. Додатки до УКПМД «Епілепсії у дорослих»

Додаток 1

Класифікація епілепсій і епілептичних синдромів переглянута і доповнена (комісія з класифікації і термінології ІЛАЕ, 1989)

1. Пов'язані з локалізацією (фокальні, локальні, парціальні) епілепсії і синдроми.
 - 1.1. Ідіопатичні (з початком у певному віці).
 - 1.1.1. Доброякісна епілепсія дитячого віку з центротемпоральними 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 у 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 припадками при пробудженні.
- 2.1.8. Інші генералізовані ідіопатичні епілепсії.
- 2.1.9. Епілепсія зі специфічним способом викликання.
- 2.2. Криптогенні або симптоматичні (в порядку віку появи).
- 2.2.1. Епілепсія з блискавичними, кивковими, салаам-нападами (синдром Уеста)
- 2.2.2. Синдром Леннокса – Гасто.
- 2.2.3. Епілепсія з міоклоніко-астатичними нападами (синдром Дузе).
- 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 припадками.
- 3.1.1. Неонатальні напади.
- 3.1.2. Важка міоклонічна епілепсія дитинства.
- 3.1.3. Епілепсія з безперервними комплексами спайк – хвиля у повільнохвильовому 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, припадки grand mal уві сні.

- 4. Спеціальні синдроми.
- Ситуаційно-зумовлені припадки.

- 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

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) соматосенсорні;
- 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 (deja vu);
- c) когнітивні (сновидні стани, порушення відчуття часу);
- d) афективні (страх, злість);
- e) ілюзії (макро-/мікропсії);
- f) структурні галюцинації (музика, сцени).

V. Комплексні (складні) парціальні 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 (B) із вторинною генералізацією.

3. Прості парціальні напади (A), що переходять у комплексні парціальні (B) 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 A1;

b) початок і/або закінчення поступові (не раптові).

B. Міоклонічні напади (міоклонічні посмикування поодинокі або множинні).

C. Клонічні напади.

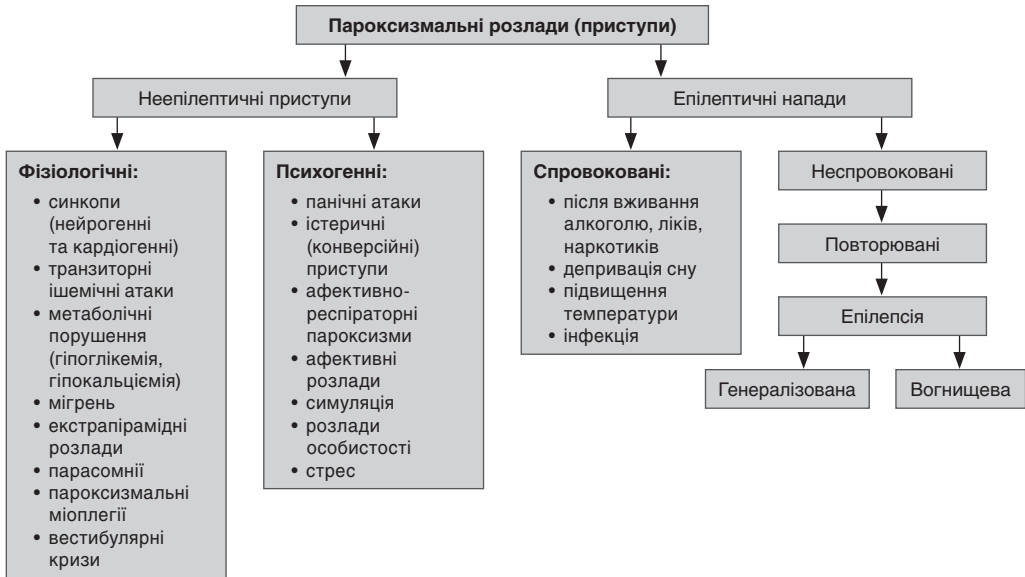
D. Тонічні напади.

E. Тоніко-клонічні напади.

F. Атонічні (астатичні) напади.

Додаток 3

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

Лікарські засоби, які можуть спровокувати епілептичні напади

Амінофілін/теофілін, амфетаміни, антибіотики пеніцилінового і цефалоспоринового ряду, фторхінолони, антихолінергічні препарати, аміназин, баклофен, бупропіон, інгібітори холін-естерази, циклоспорин, ізоніазид, кетамін, лідокаїн, препарати літію, меклокін, нестероїдні протизапальні препарати, опіоїди – анальгетики (трамадол), вінкрістин.

Додаток 5

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

- F02.8 – деменція при епілепсії.
- F02.8.0 – неускладнена (тільки прояви синдрому деменції без продуктивних розладів або останні мало виражені, не становлять значну частину клінічних проявів).
- F02.8.1 – з маяченням.
- F02.8.2 – з галюцинаціями.
- F02.8.3 – з проявами депресії.
- F02.8.4 – змішані форми.
- F05 – делірій, не зумовлений алкоголем та іншими психоактивними речовинами.
- F06 – психічні розлади внаслідок епілепсії.
- F06.0 – галюцинаторний розлад.
- F06.1 – кататоноподібний розлад.
- F06.2 – маячний (шизофреноподібний) розлад.
- F06.3 – афективний розлад.
- F06.4 – тривожний розлад.
- F06.5 – дисоціативний розлад.
- F06.6 – астеничний розлад.

F06.7 – легкий когнітивний розлад.

F06.8 – інший уточнений психічний розлад.

F06.9 – неуточнений психічний розлад.

F07.83 – розлад особистості та поведінки при епілепсії.

Додаток 6

Інформація для пацієнтів

При лікування епілепсії значну роль відіграє взаємодія між хворим і його родиною та лікуючим лікарем, коли виконуються усі його рекомендації (комплаєнс). Метою лікування є повне припинення нападів, тому що вони негативно впливають на здоров'я пацієнта загалом, а також пов'язані з ризиком отримання небезпечних для життя травм. Часті напади призводять до погіршення пам'яті, порушень настрою, поведінки. Якщо неможливо повністювилікувати епілепсію, при регулярному прийомі ПЕП у 50-60% хворих вдається досягти їх зникнення, а у 20-25% 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 (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 лише поступовою під контролем лікаря, оскільки самостійне припинення вживання препаратів може призвести до фатальних наслідків. Нерегулярний прийом ліків може також викликати відновлення або почастішання нападів. Це може також бути спричинене тривалим позбавленням сну, вживанням алкоголю, стресовими ситуаціями, перевтомою, роботою у нічні зміни. У деяких хворих напади провокуються миготінням світла, переглядом телепередач з частою зміною зображення, відеоіграми, 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, прошттовхуючи через затиснуті зуби різні предмети. Крім того, не слід насильно стримувати рухи хворого. Щоб вберегти пацієнта від травмування, його треба покласти на рівну поверхню, підкласти під голову щось м'яке, повернути її на бік для попередження западання язика, потрапляння слини у дихальні шляхи. Судоми пройдуть через декілька хвилин. Після нападу треба спокійно дочекатися, поки хворий прийде до тями, оскільки певний час він може бути дезорієнтованим. Часто після нападу настає сон. Якщо судоми тривають більш ніж 5 хвилин, хворий отримав травму або це вагітна жінка, треба викликати швидку допомогу.

Хворим на епілепсію не рекомендується курити та вживати алкогольні й «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 види спорту, пов'язані з падіннями, ризиком травмування голови: ігри з м'ячем, кінний спорт, велоспорт, стрибки у воду. Плавати можна лише під наглядом інших осіб. Негативні наслідки можуть також мати надмірні фізичні зусилля при заняттях у тренажерних залах, культуризм.

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

Епілесія 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, за можливості повинна бути планованою. При дуже частих приступах рішення про народження дитини має бути ретельно зваженим із врахуванням ситуації у родині, а також можливості повсякчасної допомоги близьких як під час вагітності, так і після пологів. До того ж часті напади спричиняють негативний вплив на розвиток плоду. Більшість жінок із рідкими або контрольованими нападами можуть народити дитину без оперативного втручання, а надалі 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

Мінімальні стандарти ІЛАЕ стосовно ЕЕГ-дослідження

1. Не менш ніж 12 каналів запису одночасно.
2. Розміщення електродів за системою 10-20.
3. Наявність додаткових каналів для моніторингу ЕКГ, дихання, міограми, руху очей.
4. Аналіз не менш ніж 20 хвилин якісного запису фонові ЕЕГ.
5. 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

Психічні та поведінкові розлади у хворих на епілепсію

Психотичні розлади в іктальний та постіктальний період проявляються у наступних варіантах:

- сутінкове потьмарення свідомості, що супроводжується тривогою, жахом, агресивністю з наступною анамнезією; при цьому у хворих можливі зорові, нюхові або слухові галюцинації, маревні ідеї переслідування, загальної загибелі, величі, реформаторства;
- деліріозний стан з яскравими зоровими галюцинаціями й напруженим афектом;
- онейроїдний стан із фантастичним змістом переживань;
- амбулаторний автоматизм у вигляді короткочасних автоматизованих дій за повної відчуженості від оточуючих, порушенням свідомості й наступною амнезією;
- fuga – 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 такої (гострі афективні й галюцинаторно-параноїдні стани).

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

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

Епілептичні психотичні розлади залежно 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 й імперативного характеру, які іноді супроводжуються вітальним страхом. Можуть відзначатися нюхові, тактильні галюцинації. Зазначені синдроми формуються на тлі різного ступеня виразності 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 паранойяльний синдром формується за 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 тугороухомості мислення, властивих хворим на епілепсію, маячні ідеї надалі мало видозмінюються.

Парафренний варіант синдрому в структурі психотичних розладів характеризується схильністю до систематизованого маячення, псевдогалюцинацій, симптому відкритості та інших ознак психічного автоматизму. Грандіозність маячних ідей у 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 короточасними 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 відмічається 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 за 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.