

# ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА та лікування пароксизмальних станів під час війни

За матеріалами XXX Наукової конференції Української  
протиепілептичної ліги з міжнародною участю  
(7–9 травня 2026 року, м. Івано-Франківськ)

Щорічна конференція Української протиепілептичної ліги (УПЕЛ) із міжнародною участю, яку було проведено у гібридному форматі (онлайн — офлайн), за традицією стала місцем зустрічі визнаних експертів для обговорення найактуальніших питань діагностики та лікування епілепсії, з особливим акцентом на умовах воєнного стану. У роботі форуму взяли участь не лише вітчизняні епілептологи, неврологи, лікарі інших спеціальностей, а й представники Данії, Швеції, Нідерландів, Польщі, Канади та США. Пропонуємо до вашої уваги огляд доповідей, що прозвучали в межах заходу.

## Новітні дані щодо епілепсії та вагітності

**Torbjörn Tomson**, д.мед.н. та доктор філософії, професор неврології кафедри клінічної нейробиології Каролінського інституту (Стокгольм, Швеція), присвятив доповідь обговоренню таких питань, як: особливості застосування протианападкових препаратів (ПНП) жінками дітородного віку, зокрема при плануванні вагітності та під час неї; ризику, пов'язані з неконтрольованими нападами; тератогенні ризики терапії ПНП для майбутніх матерів і батьків; важливість правильного дозування ПНП під час вагітності; ефект приймання фолієвої кислоти.

При веденні вагітних жінок з епілепсією необхідно враховувати ризик неконтрольованихпадів для матері плода, а також ризики приймання ПНП під час вагітності. Викликом для клініцистів є необхідність дотримання балансу між ризиками від ПНП та неконтрольованої епілепсії, метою — досягнення контролю, особливо за тоніко-клонічнихпадів і генералізованої епілепсії, та зведення до мінімуму тератогенного впливу ПНП.

Говорячи про ризики для плода, доповідач зазначив, що небезпеку можуть становити фокальні, білатеральні тоніко-клонічні напади, а також ті, що призводять до падінь. Погіршення контролю генералізованих тоніко-клонічнихпадів у пізньому періоді вагітності асоційоване із низькою вагою дитини при народженні (Chen et al., 2025).

Тяжкі напади можуть спричиняти гіпоксію/ацидоз та асфіксію, збільшувати ймовірність втрати плода (Hiilesmaa et al., 1985; EURAP Study Group, 2013). Дискутабельним є питання про їх негативний вплив на когнітивний розвиток плода.

Для жінок з епілепсією ризик смерті при пологах у 4–10 разів вищий, ніж у загальній популяції (McDonald et al., 2015; Razaz et al., 2024). Причиною цього часто є припинення використання ПНП через тератогенний ризик для плода (Knight et al., 2017). Отже, щоб знизити ризики для плода і матері, необхідно використовувати ПНП для контролюпадів під час вагітності.

Серед тератогенних ризиків ПНП виділяють затримання внутрішньоутробного розвитку, серйозні вроджені вади (СВВ) та вплив на нейророзвиток. За даними масштабного дослідження у скандинавських країнах, ризик зменшення маси плода порівняно із нормальним для гестаційного віку зростає при застосуванні топірама-ту, окскарбазепіну, клоназепаму та карбамазепіну; ймовірність мікроцефалії збільшувалася за використання карбамазепіну й топірама-ту. Проте отримані результати не були статистично значущими, можливо, через невелику кількість дітей, які зазнали впливу вказаних ПНП (Christensen et al., 2024).

Таким чином, певні ПНП негативно впливають на розвиток дитини та асоційовані з поганими довгостроковими результатами для немовлят, хоча ця проблема потребує подальшого вивчення.

Було наведено дані масштабного проспективного дослідження, згідно з якими найнижча поширеність СВВ спостерігалася у дітей, матері яких отримували леветирацетам, окскарбазепін та ламотриджин; вона була вищою при застосуванні фенітоїну, вальпроату, карбамазепіну та фенобарбіталу, причому для останніх трьох ПНП залежала від дози: низька доза фенобарбіталу ( $\leq 60$  мг/добу) не була пов'язана із підвищеним ризиком. Водночас зменшення

застосування матерями вальпроату та карбамазепіну й перехід на ламотриджин і леветирацетам сприяли зниженню частоти СВВ на 39 % (Battino et al., 2024).

Дані щодо різних категорій СВВ (порушення із боку серцево-судинної [СС] системи, шлунково-кишкового тракту, вади нервової трубки, нирок, інших органів, множинні вади) свідчать, що окремим ПНП властиві різні патерни. Найбільш негативний вплив на СС-систему чинять фенітоїн, фенобарбітал, топірамат і вальпроат, на нервову трубку — карбамазепін, фенобарбітал, фенітоїн і вальпроат; множинні вади найчастіше спричиняє вальпроат. Це необхідно враховувати, призначаючи ПНП вагітним з епілепсією.

На прикладі даних дослідження EURAP професор показав, як впродовж 25 років змінювалися переваги щодо призначення ПНП: значно збільшилося використання леветирацетаму й ламотриджину, а зменшилося — карбамазепіну й вальпроату. Паралельно спостерігалось зниження загальної частоти СВВ: за 1998–2004 рр. — на 6,1 %, за 2005–2009 рр. — на 5,1 %, за 2010–2014 рр. — на 4 % і за 2015–2022 рр. — на 3,7 % (Battino et al., 2024). Отже, найбільша перевага впровадження нових ПНП полягає у зниженні тератогенного ризику.

Спікер узагальнив дані щодо впливу монотерапії ПНП на когніцію та нейророзвиток. Щодо ламотриджину отримано найпереконливіші докази безпеки; стосовно леветирацетаму даних небагато, але вони свідчать про можливий довготривалий вплив на поведінку. Щодо фенітоїну є досить вагомі докази відсутності ризику для когнітивних функцій або нейророзвитку. Більшість даних щодо карбамазепіну вказують на те, що він безпечний для нейророзвитку, але є певні занепокоєння стосовно впливу на навички мовлення, підвищення частоти розладів спектра аутизму (РСА) та порушень інтелектуального розвитку. Для вальпроату доведено негативний вплив на нейророзвиток, підвищений ризик зниження коефіцієнту розумового розвитку й інтелекту, порушень мовлення, РСА, поведінкових проблем.

Нечисленні дані досліджень щодо топірамату свідчать про негативний ефект на когнітивні функції та нейророзвиток. Щодо фенобарбіталу доказів ще менше, але також є ознаки його шкідливого впливу. Для решти ПНП немає достатньої кількості даних стосовно безпеки і ефекту на нейророзвиток немовлят, матері яких приймали препарати під час вагітності.

Підсумовуючи дані щодо тератогенного ризику ПНП, доповідач наголосив, що найбезпечнішими є леветирацетам, ламотриджин та окскарбазепін; найпереконливіше підтверджено безпеку ламотриджину щодо нейророзвитку.

Обґрунтованими є занепокоєння щодо впливу на внутрішньоутробний розвиток карбамазепіну, окскарбазепіну, топірамату та, ймовірно, зонісаміду. Вальпроат і, ймовірно, топірамат, асоційовані з високим ризиком СВВ та порушень нейророзвитку, тому їх призначення протипоказане.

Недостатньо даних щодо ризиків СВВ і порушень нейророзвитку при застосуванні бриварацетаму, канабідіолу, ценонамату, еслікарбазепіну, фенфлураміну, лакосаміду, перампанелу та зонісаміду (Percussa et al., 2024).

Продовжує досліджуватися вплив ПНП не лише на організм матері та плід, а й на батька, а саме на процес сперматогенезу і те, як це може вплинути на дитину. Існують дані про потенційне збільшення ймовірності розладів нейророзвитку в дітей, батьки яких вживали вальпроат.

Європейське агентство з лікарських засобів (ЕМА) запровадило обмеження на застосування вальпроату чоловіками віком до 55 років. Проте обґрунтованість такого обмеження є сумнівною, оскільки, за результатами низки нещодавніх досліджень, ризики вад нейророзвитку в дітей, чії батьки отримували вальпроат, леветирацетам і ламотриджин, не відрізняються. Тож наразі доцільність обмеження призначення вальпроату майбутнім батькам не підтверджено.

Т. Tomson зупинився на особливостях фармакокінетики ПНП під час вагітності. Впливу препаратів зазначають і плід, і мати, причому надзвичайно складно клінічно оцінювати побічні дії на плід, які можуть бути незворотними. До того ж фармакокінетика ПНП може змінюватися в організмі вагітної. Відомо, що вміст у сироватці крові вагітних таких ПНП, як ламотриджин, леветирацетам, окскарбазепін, зонісамід, лакосамід і топірамат може зменшуватися до < 50 % від вмісту в невагітних. При цьому суттєво зростає ймовірність розвитку нападів, що робить необхідним моніторинг концентрації ПНП (Pennel et al., 2018).

Також увагу було приділено застосуванню фолієвої кислоти. За рекомендаціями Американської академії неврології (AAN), приймання фолієвої кислоти не пов'язане зі зниженням ризику СВВ у дітей, народжених жінками з епілепсією, але поліпшує нейрокогнітивні показники, якщо матері приймають її до і протягом вагітності у дозі щонайменше 0,4 мг/добу. Це підтверджено даними проспективного дослідження MONEAD (Robalino et al., 2025). Оптимальну дозу фолієвої кислоти наразі не визначено. У масштабному дослідженні приймання вагітними жінками з епілепсією фолієвої кислоти в різних дозах сприяло зниженню частоти передчасних пологів і народження немовлят із малою масою тіла, дитячої смертності, а також частоти СВВ і вад нейророзвитку (Fu et al., 2026). Зокрема, початок приймання фолієвої кислоти за 12 тижнів до вагітності суттєво зменшує ймовірність СВВ у дітей (Sun et al., 2026). Отже, хоча механізми впливу раннього приймання фолієвої кислоти наразі невідомі, всім жінкам з епілепсією, які планують вагітність, слід вживати фолієву кислоту в дозі 0,4 мг/добу для зниження ризиків для плода (Tomson et al., 2019).

На завершення спікер підкреслив, що ведення жінок з епілепсією, які планують вагітність, має включати:

- врахування ризику тератогенного впливу ПНП;
- уникання, за можливості, застосування вальпроату та топірамату;
- перегляд показань щодо призначення ПНП до настання вагітності;
- підбір найнижчої ефективної дози;
- визначення ефективної концентрації ПНП у крові;
- ранній початок приймання фолієвої кислоти.

У разі настання вагітності необхідно: забезпечити контроль нападів і уникати чинників, що їх провокують; дотримуватися обережності при зміні або відміні ПНП; за можливості провести пренатальну діагностику; здійснити підготовку до пологів; заохочувати грудне вигодовування.

## Кластери нападів

Президент УПЕЛ, провідний науковий співробітник ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків), д.мед.н., професор **Андрій Дубенко** зауважив, що поняття «кластер нападів» не входить до переліку

комісії з класифікації термінології Міжнародної протиепілептичної ліги (ILAE). Широке визначення кластерів нападів (КН) — «гострі епізоди погіршення контролю над нападами», використовуються також терміни «гострі повторювані напади», «шквали, шторми», «циклічні, серійні, повторювані, кренделю та рекурентні напади». Це серії згрупованих нападів із короткими міжнападними періодами; причому кількість нападів і тривалість періоду між ними є предметом дискусій, оскільки пропонуються різні тлумачення (залежно від клінічного чи статистичного підходу).

Клінічні критерії базуються на кількості нападів у межах певного інтервалу часу: якщо він становить до 8 год, то, найімовірніше, вони виникають із конкордантного фокусу в іпсилатеральній півкулі. Найчастіше КН характеризують як  $\geq 3$  напади протягом 24 год, хоча в літературі трапляються й інші підходи:  $\geq 2$  напади впродовж 6 чи 24 год, 2–4 напади менш ніж за 48 год, а також 2 генералізованих тоніко-клонічних або 3 складних парціальних напади за 4 год.

Згідно з одним із визначень, КН — це «епізод множинних складних парціальних або генералізованих (тонічних, клонічних, тоніко-клонічних, атипичних абсансів чи міоклонічних) нападів, що виникають протягом 24 год у дорослих або 12 год у дітей, мають характер, відмінний від звичайного перебігу захворювання в конкретного пацієнта, та початок, який легко розпізнає особа, що здійснює догляд».

Клінічні визначення не враховують варіабельність вихідної частоти нападів у різних пацієнтів і тому можуть призводити до переоцінювання частоти КН в осіб із частими нападами. Водночас вони є простішими для практичного застосування та доречнішими в гострих ситуаціях, коли для запобігання розвитку епілептичного статусу необхідно своєчасне призначення препаратів екстреної допомоги.

Статистичні дефініції ґрунтуються на оцінюванні збільшення кількості нападів порівняно з очікуваною, розрахованою на підставі індивідуальної середньої частоти у пацієнта. Зростання частоти нападів у 3–4 рази протягом 3-денного періоду розглядають як кластеризацію. Складніший підхід базується на розподілі Пуассона, відхилення від якого може свідчити про виникнення КН. Такий підхід, імовірно, корисний для виявлення «хибнопозитивних» результатів, а також під час розроблення алгоритмів детекції та прогнозування нападів із використанням щоденників спостереження й автоматизованих систем.

Ризик розвитку КН підвищений у пацієнтів з екстратемпоральною (особливо лобовою), мультифокальною або симптоматичною генералізованою епілепсією, мезіальним скроневим склерозом, фокальною кортикальною дисплазією, віддаленим анамнезом інфекцій центральної нервової системи, черепно-мозковою травмою, а також в осіб з анамнезом кластерних нападів чи епілептичного статусу. До факторів ризику належать також ранній дебют епілепсії та висока частота нападів протягом перших 12 місяців після її початку ( $\geq 1$  напад на тиждень). Найвагомим чинником ризику КН є наявність фармакорезистентної епілепсії з високою середньою частотою нападів, тому КН можуть розглядатися як маркер недостатнього контролю захворювання.

Провокувати КН можуть: порушення сну, стрес, лихоманка чи інші захворювання, пропуск або зміна протиепілептичної терапії, вживання алкоголю, менструація. Однак КН можуть виникати й за відсутності будь-яких тригерів.

КН асоційовані зі збільшенням кількості звернень по невідкладну медичну допомогу та госпіталізацій, негативно впливають на продуктивність, навчання, професійну діяльність і повсякденне життя пацієнтів та осіб, які здійснюють догляд. Крім того, вони викликають занепокоєння через зв'язок з епілептичним статусом. Так, у дослідженнях за участю пацієнтів із фармакорезистентною фокальною епілепсією судомний епілептичний статус спостерігався у 44 % осіб, які зазвичай мали КН, та лише у 12,5 % пацієнтів без них. Спільною патофізіологічною основою КН та епілептичного статусу є порушення механізмів припинення нападів. Цікавим фактом є те, що наявність КН може бути пов'язана із кращими результатами хірургічного лікування епілепсії.

Говорячи про ведення пацієнтів із КН, доповідач наголосив, що наріжним каменем у невідкладному лікуванні дорослих є бензодіазепіни. Найчастіше застосовують пероральний лоразепам, ректальний або пероральний діазепам та інтраназальний мідазолам. Ректальний діазепам — єдиний препарат для екстреної допомоги, схвалений Управлінням із контролю за якістю харчових продуктів і медикаментів США (FDA), тоді як букальний мідазолам схвалений у Європі як засіб невідкладної терапії. Пероральний клоназепам широко використовують у США, Європі та країнах Латинської Америки для лікування КН. Безпечним та ефективним методом також вважається внутрішньом'язове введення діазепаму. В дітей при гострих повторних нападах застосовують внутрішньовенний леветирацетам.

Для пацієнтів із КН та членів їхніх сімей слід розробляти індивідуальний план дій на випадок виникнення нападу, який передбачає вибір відповідного препарату бензодіазепінового ряду для екстреної допомоги.

Завершуючи доповідь, пан Дубенко наголосив на необхідності підвищення обізнаності медичних працівників щодо діагностики та лікування КН. Виявлення осіб із високим ризиком розвитку КН, надання їм індивідуального плану дій та навчання правильному застосуванню препаратів невідкладної допомоги сприятимуть поліпшенню результатів лікування цієї категорії пацієнтів.

## Психічне здоров'я дітей з епілепсією в Україні під час війни

**Володимир Харитонов**, дитячий невролог, епілептолог, психіатр, завідувач дитячого відділення КНП «Клінічна лікарня «Психіатрія»» (м. Київ), представив дані дослідження, співавторами якого є Андрій Дубенко, професорка Helen Cross (президентка ILAE у 2021–2025 рр.) і професор Samuel Wiebe (президент ILAE у 2017–2021 рр.).

Актуальність цієї роботи зумовлена тим, що внаслідок військових дій в Україні близько 5 млн дітей були змушені залишити свої домівки та постійно перебувають у стані стресу. Діти з епілепсією (до 2022 р. в Україні налічувалося близько 40 тис. таких пацієнтів) є особливо вразливою групою, яка потребує безперервного лікування та медичного нагляду. В умовах війни додатковий негативний вплив на їхній стан чинять тривожність і депресія. Метою дослідження було оцінити тягар психічних розладів у дітей з епілепсією, які постраждали внаслідок війни, та визначити чинники, асоційовані з несприятливими наслідками.

Для дослідження було розроблено опитувальники, спрямовані на оцінювання впливу негативних чинників війни

на добробут дітей і перебіг епілепсії, а також виявлення додаткових факторів, що могли мати суттєве значення. Анкети в електронному та паперовому форматах поширювали в багатьох містах України. Збір даних проводили з лютого по червень 2023 р. Загалом до аналізу включили дані 213 дітей віком від 1 до 18 років, з яких 46 % змінили місце проживання. Для 131 дитини анкети заповнювали батьки або опікуни.

Також використовували гарвардську шкалу травматичних подій (НТQ) для оцінювання посттравматичного стресового розладу (ПТСР), опитувальник щодо генералізованої тривоги (GAD-7), шкалу самооцінювання депресії (PHQ-9) та шкалу для суб'єктивного оцінювання тяжкості епілепсії (GASE). Опитувальники містили запитання щодо змін протинападової терапії, труднощів з отриманням медичної допомоги та впливу переміщення на частоту нападів. Для пошуку предикторів психічних розладів застосовували регресійний аналіз, який виконував аналітичний центр у м. Калгарі (Канада).

Частота ПТСР виявилася нижчою, ніж очікувалося в умовах війни, і становила 14,6 %. На думку дослідників, переміщення могло частково захистити дітей від безпосереднього впливу воєнної травми. Водночас спостерігалися статеві відмінності: симптоми ПТСР частіше виявляли у дівчат (64,5 %), ніж у хлопців (35,5 %). Натомість тяжка тривожність і симптоми депресії були надзвичайно поширеними — їх зафіксували у 22,1 % та 54,9 % дітей відповідно, тоді як певні прояви тривожності відзначали у 84,5 % учасників. У дітей із показником НТQ > 2,5 бала реєстрували значно вищі рівні тривожності, депресії та тяжкості епілепсії.

У 75,6 % пацієнтів виникали труднощі з отриманням ПНП (доповідач навіть приклад блокування окупаційними військами доставки препаратів до Херсона протягом кількох тижнів), у 51,2 % — із доступом до медичної допомоги, а 54,5 % повідомили про зростання частоти нападів. Ці чинники асоціювалися з вищими показниками тривожності та депресії, що свідчить про взаємне посилення психоемоційних розладів і погіршення контролю епілепсії. Отримані результати підтверджують, що безперервний і безперешкодний доступ до ліків та медичної допомоги є одним із ключових напрямів підтримки таких пацієнтів. Окрім того, аналіз перебігу епілепсії засвідчив зв'язок між тяжкістю захворювання та психічним тягарем.

Із підвищенням показників за шкалою GASE зростала виразність депресії, тривожності та симптомів психологічної травми. Вищі рівні тривожності також відповідали більшим показникам за PHQ-9 та НТQ. Таким чином, одним із ключових висновків дослідження стало те, що тяжкий перебіг епілепсії асоційований із більшим психічним навантаженням на пацієнта.

Предикторами несприятливих наслідків були:

- у домені тривожності — молодший вік, труднощі з доступом до медичної допомоги та більша тяжкість епілепсії;
- у домені депресії — труднощі з доступом до медичної допомоги й тяжкий перебіг захворювання;
- у домені ПТСР — більша тяжкість епілепсії (найпоширеніший предиктор).

Отже, поліпшення доступу до медичної допомоги може сприяти зменшенню як психічного, так і неврологічного тягара у цих пацієнтів.

На завершення пан Харитонов наголосив, що, попри певні обмеження дослідження, його результати свідчать про значний вплив психоемоційних порушень і перебоїв у лікуванні на стан здоров'я дітей з епілепсією. В умовах війни вони мають високий ризик розвитку тривожності, депресії та погіршення контролю нападів. Тяжкість епілепсії та обмежений доступ до медичної допомоги є ключовими факторами ризику, тому скринінг психічного здоров'я доцільно інтегрувати в рутинне ведення дітей з епілепсією, особливо дівчат і пацієнтів із тяжким перебігом захворювання.

### Фармакотерапія епілепсії: ефективність ценобамату за даними реальної практики

Д.мед.н., медичний партнер Центру неврології, епілепсії та психіатрії «Нейросфера» у Варшаві (Польща) **Piotr Zwolinski** представив доповідь, підготовану у співавторстві з Володимиром Харитоновим. Дані для аналізу були отримані в центрі «Нейросфера» — одному із найбільших осередків дослідження епілепсії в Центральній Європі, який має масштабний реєстр, що охоплює близько 14 тис. пацієнтів.

Проспективний огляд був присвячений оцінюванню ефективності ценобамату як додаткової терапії в умовах реальної клінічної практики. До аналізу включили 262 пацієнтів із тривалим перебігом епілепсії, значним коморбідним навантаженням і в середньому чотирма невдалими спробами терапії ПНП. Дослідження тривало із січня 2020 р. по грудень 2024 р., а період спостереження становив щонайменше три місяці. Первинною кінцевою точкою було зниження частоти нападів на  $\geq 50\%$ ; також оцінювали безпеку лікування та якість життя пацієнтів.

Віковий розподіл учасників був таким: 2–12 років — 5,3 %, 12–18 років — 8 %, 18–30 років — 31,7 %, 30–65 років — 53,1 %, понад 65 років — 1,9 %; 54,6 % становили чоловіки. Тривалість епілепсії варіювала від 1–5 до понад 20 років: у 71 % пацієнтів вона перевищувала 10 років, а у 37 % — 20 років. За нозологічною структурою у 115 пацієнтів була неуточнена епілепсія, у 53 — фокальна, у 27 — фокальна ідіопатична, у 10 — епілептичний синдром, у 57 — інші або комбіновані форми захворювання. Серед супутніх станів найчастіше реєстрували головний біль (35,9 %), кардіоваскулярну патологію (17,9 %), ендокринні порушення (16 %), психічні розлади (15,7 %), інші неврологічні захворювання (14,1 %) та вроджену патологію (11,5 %).

Діапазон доз ценобамату становив від 12,5–25 до 350 мг, при цьому найпоширенішою була доза 200 мг, яку отримували 90 учасників. Монотерапію ценобаматом застосовували у 16 пацієнтів. Додатково один ПНП отримували 146 осіб, два — 32, три — 14. Найчастіше ценобамат комбінували з лакосамідом, бриварацетамом, леветирацетамом, ламотриджином або окскарбазепіном.

Результати дослідження показали, що у 17,9 % пацієнтів вдалося досягти повної відсутності нападів, у 42,9 % їх частота знизилася щонайменше на 50 %, у 24 % — на менш ніж 50 %, тоді як у 15,6 % напади почастішали. Дані щодо 16,5 % учасників були недоступними.

Тривалість терапії становила 24 місяці у 84 пацієнтів, 12–24 місяці — у 77, 6–12 місяців — у 53, 1–6 місяців — у 44 та 0–1 місяць — у 4 осіб. Таким чином, 61,5 % учасників отримували ценобамат понад рік, що свідчить не лише про ефективність, а й про сприятливу переносимість препарату.

Загалом у 42,9 % пацієнтів частота нападів знизилася на  $\geq 50$  %, але лише 35,4 % відзначили поліпшення самопочуття. Це може свідчити про те, що частина хворих відчувала побічні ефекти (ПЕ) терапії. Так, 20,3 % учасників зазначили певне погіршення стану, а 0,9 % повідомили, що почуваються значно гірше. Це підкреслює необхідність оцінювання не лише частоти нападів, а й якості життя пацієнтів.

Доповідач охарактеризував унікальний подвійний механізм дії ценобамату: селективну блокаду потенціал-залежних натрієвих каналів і позитивну алостеричну модуляцію рецепторів  $\gamma$ -аміноасляної кислоти (ГАМК<sub>A</sub>). За даними досліджень, препарат ефективніший за бриваркетам, перампанел та лакосамід (Lattanzi et al., 2022; Cerulli Irelli, 2026). Раннє призначення ценобамату (після 2–3 невдалих спроб терапії ПНП) забезпечувало вищу частоту досягнення 12-місячної ремісії без нападів, ніж пізніше застосування (22,4 vs 8,7 %). Профіль безпеки ценобамату потребує врахування супутньої патології та можливих медикаментозних взаємодій. Знизити ризик ПЕ допомагає повільна титрація дози препарату.

На завершення професор P. Zwolinski навів основні практичні рекомендації щодо застосування ценобамату:

1. Необхідно оцінювати не лише частоту нападів, а також якість життя пацієнтів.
2. Доцільно розглядати призначення препарату вже після двох невдалих спроб терапії ПНП.
3. З обережністю слід застосовувати ценобамат в осіб із кардіоваскулярними захворюваннями та забезпечувати належний моніторинг.
4. Важливо контролювати можливі медикаментозні взаємодії.
5. Варто регулярно оцінювати настрої і когнітивні функції, особливо у представників вразливих груп.

Доповідач присвятив свою презентацію пам'яті Павла Ковальчука, лікаря-невролога діагностичного центру «Нейромед» у Вінниці, який загинув унаслідок російсько-ракетного удару 14 липня 2022 р.

## Лікування епілепсії у пацієнтів із пухлинами головного мозку

Завідувач кафедри нервових хвороб, психіатрії, нейрореабілітації та нейрофізіології Ужгородського національного університету **Тарас Студеняк** зазначив, що підхід до лікування пацієнтів зі злоякісними пухлинами головного мозку (ПГМ) та епілептичними нападами має певні особливості.

За останні 30 років спектр ПНП суттєво розширився, але це не привело до значного зниження частоти нападів (Chen et al., 2018). За даними масштабного дослідження, ПЕ протиепілептичної терапії впливають на якість життя пацієнтів навіть більшою мірою, ніж зростання частоти нападів (Luoni et al., 2011). Тому тенденцією останніх років стало залучення пацієнтів до процесу терапії та поліпшення якості їхнього життя.

Із віком зростає частота ПГМ, що можуть спричиняти епілептичні напади, які нерідко стають першим клінічним проявом новоутворення. При цьому майже у половині таких пацієнтів електроенцефалографія (ЕЕГ) не виявляє патологічних змін, що може бути пов'язано з локалізацією пухлини та іншими її характеристиками. Отже, результати ЕЕГ не можна розглядати як надійний маркер наявності пухлини.

Доповідач детально охарактеризував ефективність і переносимість різних ПНП. Карбамазепін дозволяє досягти ремісії у значної частки пацієнтів із ПГМ, але асоційований із серйозними ПЕ та численними медикаментозними взаємодіями. Зокрема, він послабляє дію дексаметазону, тому його застосування для цієї категорії пацієнтів не рекомендоване. Вальпроат, попри широкий спектр ПЕ, також демонструє високу ефективність щодо контролю нападів, а в пацієнтів із супутньою мігренню додатково сприяє зниженню частоти головного болю. Леветирацетам часто розглядають як препарат першої лінії завдяки мінімальній кількості медикаментозних взаємодій, швидкій титрації та сприятливій переносимості. Основним недоліком ламотриджину є потреба у тривалій титрації дози. Серед новітніх ПНП дієвим і доступним варіантом є лакосамід, тоді як із ценобаматом пов'язують значні перспективи щодо подальшого поліпшення результатів лікування.

На сьогодні доказова база щодо профілактичного призначення ПНП пацієнтам із ПГМ залишається недостатньою. Попри це, близько 70 % нейрохірургів рутинно призначають короткий курс протинападової терапії після краніотомії (Dewan et al., 2017). Однак після першого епілептичного нападу всім хворим із ПГМ рекомендовано розпочинати лікування ПНП, бажано в режимі монотерапії. Хоча найчастіше пацієнти обирають леветирацетам, терапевтична стратегія має бути індивідуалізованою (Meer et al., 2022).

Як і для осіб з епілепсією без ПГМ, раціональним критерієм для відміни ПНП вважають відсутність нападів протягом щонайменше 1–2 років (Ziemba et al., 2011). Дані масштабного метааналізу не виявили відмінностей у частоті рецидивів після припинення терапії між пацієнтами, які отримували лише медикаментозне лікування, та особами після хірургічного втручання (Lamberink et al., 2015). Проте у випадках пізніх післяопераційних нападів (понад тиждень після операції) або рецидиву нападів після завершення протипухлинного лікування зазвичай рекомендують безстрокову протинападову терапію.

За даними європейського дослідження, через два роки після операції 77,5 % пацієнтів із нейроепітеліальними пухлинами, асоційованими з епілепсією, залишалися без нападів, а через п'ять років 47 % припинили приймання ПНП (Lamberink et al., 2020). В іншому дослідженні після відміни ПНП рецидиви виникли у 26 % пацієнтів порівняно із 8 % серед тих, хто продовжив лікування; приблизно у половині випадків вони були пов'язані з прогресуванням пухлини (Kerkhof et al., 2019).

На завершення пан Студеняк наголосив на важливості дотримання принципів прецизійної медицини. У більшості випадків після видалення пухлини ПНП можна відмінити без суттєвих негативних наслідків. Однак відновлення нападів у таких пацієнтів потребує насамперед виключення прогресування або рецидиву новоутворення, особливо якщо йдеться про агресивні форми пухлин. Саме тому ретельний клінічний та інструментальний моніторинг є обов'язковим.

Підготувала **Наталія Купко**

Продовження в наступному номері