

## УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ЕПІЛЕПСІЇ: ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЕПІЛЕПСІЇ У ДОРΟΣЛИХ

(Проект)  
Частина 2\*

Горанський Ю. І.<sup>1</sup>, Дубенко А. Є.<sup>2</sup>, Коростій В. І.<sup>3</sup>, Літовченко Т. А.<sup>4</sup>,  
Марута Н. О.<sup>2</sup>, Мар'єнко Л. Б.<sup>5</sup>, Міщенко Т. С.<sup>2</sup>, Чабан О. С.<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Одеський державний медичний університет

<sup>2</sup> ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

<sup>3</sup> Харківський національний медичний університет

<sup>4</sup> Харківська медична академія післядипломної освіти

<sup>5</sup> Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,  
Львівський обласний протиепілептичний центр

<sup>6</sup> Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

### Початок і принципи лікування хворих на епілепсію

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

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

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

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

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

*Ситуації, які не потребують призначення антиконвульсантів після першого епілептичного нападу:*

— Молодий вік та відсутність факторів ризику розвитку епілепсії.

— Неускладнена вагітність та відсутність факторів ризику розвитку епілепсії.

— Гострий симптоматичний припадок.

— Припадок, спровокований тривалою депривацією сну.

*Ситуації, що вимагають обов'язкового призначення антиконвульсантів після першого епілептичного нападу:*

— Дебют з епілептичного статусу.

— Упевненість в дебюті ідеопатичної генералізованої епілепсії.

— Доведене наявність епілептичних нападів в анамнезі.

— Наявність актуальної неврологічної патології, що викликає напад.

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

— однозначні епілептиформні зміни на ЕЕГ;

— наявність родової травми або дані про важку органічну патологію ЦНС в ранньому дитинстві;

— наявність у дитячому та підлітковому віці «епілептичних стигм»;

— обтяжливість сімейного анамнезу по епілепсії;

— важкий характер нападів, розвиток яких загрожує життю або здоров'ю хворого;

— наявність епілептичних змін особистості;

— наявність в анамнезі періодів або станів, які можна розглядати як їх психічні еквіваленти;

— неприпустимість розвитку повторного нападу для пацієнта.

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

1. Тип нападу

2. Синдром епілепсії.

3. Стать хворого

4. Супутні захворювання.

5. Вік хворого.

6. Соціальна та економічна ситуація.

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

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

\* Першу частину проекту Уніфікованого клінічного протоколу наведено у попередньому випуску журналу (Том 21, вип. 3 (76) — 2013).

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

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

Таблиця 2

Фармакокінетична взаємодія протиепілептичних препаратів

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

Умовні позначення:

- AZM — ацетазоламід
- BZD — бензодіазепіни
- CBZ — карбамазепін
- ESM — етосуксимід
- GBP — габапентин
- LEV — леветірацетам
- LTG — ламотриджин
- PB — фенібарбітал
- PGB — прегабалін
- PHT — феноїтоїн
- TPM — топірамат
- VPA — вальпроєва кислота
- OCZ — окскарбазепін

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

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

Добові дози ПЕП, зареєстрованих в Україні:

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

У дужках вказані найбільш часто вживані дози ПЕП.

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

Ламотриджин може викликати або ускладнити перебіг міоклонічних нападів.

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

Етосуксимід має клінічний ефект при абсансах, але може спровокувати розвиток первинно генералізованих нападів.

Призначення фенобарбіталу та клоназепаму може спровокувати розвиток атонічних нападів.

Крім цього всі протиепілептичні препарати мають цілу низку побічних ефектів, які необхідно враховувати під час вибору ПЕП в клінічних ситуаціях, коли їх ефективність однакова (див. табл. 1).

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

Оскільки епілепсія є хронічним захворюванням, що вимагає тривалої безперервної терапії, то ці хворі потребують тривалого диспансерного спостереження, яке повинно починатися відразу після встановлення діагнозу «епілепсія». Спостерігати хворих на епілепсію без психічних порушень повинен невролог, і тільки

при наявності у хворого психічних порушень він має проходити диспансерне спостереження у психіатра. Необхідно відзначити, що остаточний вибір фахівця має робити хворий.

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

- Консультація фахівця, що спостерігає, 1 раз на 3 міс.
- ЕЕГ обстеження не рідше 1 раз на 6 міс.
- МРТ головного мозку 1 раз в 1—3 роки.
- Консультація невролога і/або психіатра 1 раз на рік залежно від спеціальності лікаря, що спостерігає хворого.
  - Лабораторна діагностика 1 раз на 6—12 міс.:
    - аналіз крові клінічний (гемоглобін, гематокрит, лейкоцитарна формула, кількість тромбоцитів);
    - аналіз сечі клінічний (білок, глюкоза, мікроскопія);
    - біохімічний аналіз крові (електроліти, білок, сечовина, трансамінази, лужна фосфатаза, креатинін, вміст фолієвої кислоти).
  - Контроль з боку пацієнта або опікуна за 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 таких випадках: наявність морфологічного вогнища під час проведення томографії у пацієнтів в дебюті епілепсії; динаміка морфологічного вогнища під час проведення динамічного дослідження томографії у пацієнтів з довготривалою епілепсією; фармакорезистентність епілепсії.

До нейрохірурга має бути направлений кожен пацієнт відразу після виявлення морфологічного осередкового ураження мозку для вирішення питань про уточнення діагнозу і про доцільність хірургічного лікування. Після оперативного лікування пацієнта спостерігає нейрохірург і при збереженні нападів призначає терапію ПЕП. У разі недоцільності оперативного лікування — призначають ПЕП з подальшим контролем динаміки вогнища і визначенням його ролі в епілептогенезі.

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

Успішним лікування вважають тоді, коли повністю припиняються напади впродовж одного року або трьохкратного найдовшого міжприступного інтервалу під час активної фази епілепсії. Наприклад, якщо хворий мав напади 1 на 6 місяців, то для висновку, що пацієнт є вільним від нападів, необхідно щоб принаймні 18 місяців (6 × 3) вони (напади) не виникали. Використання «правила 3-х» забезпечує 95 % вірогідності. Винятком можуть бути випадки, коли препарат відмінюють, не досягнувши клінічного ефективного дозування, через побічні дії. Хоча препарат був відмінений, це сталося не через відсутність його ефективності щодо контролю нападів.

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

### Стаціонарне лікування пацієнтів на епілепсію

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

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

**Початок епілептичних нападів або невизначених пароксизмальних станів, частота і важкість яких є загрозливою.** Хворого госпіталізують у стаціонар для проведення швидкого ретельного обстеження. Алгоритм обстеження такий ж самий, як описано вище, однак його треба проводити прискорено, для визначення терапевтичної тактики у найкоротший термін. До визначення остаточного діагнозу та терапевтичної тактики можливо проведення симптоматичного лікування, що спрямовано на припинення нападів і полегшення перебігу постіктального періоду. Під час призначення симптоматичного лікування слід пам'ятати, що це може ускладнити вирішення діагностичних завдань. Госпіталізація доцільна в неврологічний стаціонар.

Препарати що можуть бути застосовані, та їх дозування: препарати першої лінії вибору для лікування — див. табл. 1, частина 1 Проекту.

**Розвиток епілептичного статусу.** Епілептичний статус є невідкладним станом, лікування якого має проводитися у відділенні невідкладної допомоги відповідно до протоколу надання медичної допомоги при невідкладних станах.

**Значне почастищення епілептичних нападів або посилення їх важкості.** Слід визначити, що епілептичний напад є облігатним симптомом епілепсії і саме наявність або відсутність нападів та їхня частота є визначним для оцінки клінічного перебігу хвороби.

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

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

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

Госпіталізація доцільна в неврологічний стаціонар.

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

Препарати що можуть бути застосовані, та їх дозування: діазепам 10—30 мг у розчині на добу, вальпроат натрію 500 — 1500 мг у розчині на добу, маніт 200 мл на добу, реосорбілакт 200—400 мл на добу, магнію сульфат 20 % 5—20 мл на добу, L-лізину есцинат 0,1 % 5—15 мл на добу, дексаметазон 0,4 % 1—2 мл на добу.

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

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

Лікування має проводитись в неврологічному відділенні.

Препарати, що можуть бути застосовані, та їх дозування: маніт 200 мл на добу, реосорбілакт 200—400 мл на добу, магнію сульфат 20 % 5—20 мл на добу, дексаметазон 0,4 % 1—2 мл на добу, протигістамінні препарати, есенціале 5—10 мл на добу, антраль 0,4 г на добу.

### **Розвиток та прогресування непсихотичних психічних синдромів**

При розвитку депресії та тривоги терапія проводиться відповідно до протоколів лікування депресії та тривоги органічного генезу. Однак під час вибору терапевтичної тактики слід урахувати такі положення: бажано застосування антиконвульсантів з антидепресивною дією; під час призначення ПЕП необхідно пам'ятати про їхню можливу депресивну дію; антидепресанти бажано призначати тільки при досягненні максимально можливої компенсації епілепсії; серед антидепресантів препаратами вибору є інгібітори зворотного захвату

серотоніну; під час призначення лікування необхідно враховувати взаємодію ПЕП та антидепресантів.

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

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

Класифікацію психічних розладів при епілепсії за МКХ-10 наведено у додатку 5.

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

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

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

Найбільш частою формою гострих психотичних розладів із потьмаренням свідомості є сутінковий стан свідомості, що розвивається після серії судомних нападів і супроводжується збудженням з емоційним напруженням та агресією.

Для епілептичного онейроїду характерні яскраві фантастичні галюцинації, що супроводжуються різними емоційними переживаннями.

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

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

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

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

При параноїальному психотичному розладі маячення має монотематичний, буденний, конкретний характер, без тенденції до систематизації, переважають маревні ідеї ревнощів, відносин, переслідування, збитку, іпохондричного змісту. Для параноїальних станів при епілепсії властива велика частка афективних розладів

у вигляді напруженості, почуття страху, тривоги, туги, в деяких випадках на тлі параноїальних маячних ідей відзначається екстатично-захоплений відтінок афекту. Більш чітко параноїальний синдром формується при наявності таких характерних епілептичних змін особистості, як недовірливість, егоцентризм, тривожність, іпохондричність.

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

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

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

Гострі епілептичні психотичні розлади виникають на будь-якій стадії перебігу епілептичного процесу у дорослих, як при фокальних, так і при генералізованих формах; хронічні психотичні стани у дорослих найчастіше виникають при наявності в анамнезі окреслених дисфорій, повторних сутінкових станів, а в деяких випадках і проявів 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 низці випадків, хронічної психотичної симптоматики відбувається при тривалому перебігу епілептичного процесу.

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

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

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

- сутінкове потьмарення свідомості, що супроводжується тривогою, жахом, агресивністю з наступною амнезією; 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, відчужені 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 де-реалізації з явищами метаморфозі, які супроводжуються страхом, тугою, тривогою, галюцинаціями.

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

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

Лікування психічних та поведінкових розладів у хворих на епілепсію включає психофармакотерапію, психотерапію та психосоціальні тренінги, які використовуються в залежності від форми патології, її перебігу,

коморбідних розладів та інших чинників. Лікування слід проводити, не відмінюючи ПЕП.

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

Таблиця 3

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

Міжнародна назва	Дози, що рекомендовані, та режим лікування
<b>Анксиолітики</b>	
Діазепам (Diazepam)	10—60 мг/добу
Феназепам (Phenazepam)	2—10 мг/добу
Гідазепам (Gidazepam)	20—150 мг/добу
Альпразолам (Alprazolam)	1,5—5 мг/добу
Буспірон (Buspirone)	5—30 мг/добу
<b>Антипсихотики</b>	
Хлорпромазин (Chlorpromazine)	25—100 мг/добу
Трифлуоперазин (Trifluoperazine)	5—30 мг/добу
Флуфеназин (Fluphenazine)	25 мг 1 раз у 4 неділі
Тіорідазин (Thioridazine)	50—300 мг/добу
Хлорпротиксен (Chlorprothixene)	25—150 мг/добу
Зуклопентиксол (Zuclopenthixol)	2—50 мг/добу
Флюпентиксол (Flupenthixol)	0,5—5 мг/добу
Кветіапін (Quetiapine)	25—600 мг/добу
Клозапін (Clozapine)	25—100 мг/добу
Оланзапін (Olanzapin)	5—20 мг/добу
Зипразидон (Ziprasidone)	10—40 мг/добу
Рисперидон (Risperidone)	0,5—12 мг/добу
Паліперидон (Paliperidone)	3—12 мг/добу
Галоперидол (Haloperidol)	1,5—15 мг/добу
Сертиндол (Sertindol)	4—20 мг/добу
Сульпірид (Sulpiride)	50—600 мг/добу
Амісульприд (Amisulpride)	50—800 мг/добу
<b>Антидепресанти</b>	
Іміпрамін (Imipramine)	25—150 мг/добу
Кломіпрамін (Clomipramine)	25—150 мг/добу
Амітриптилін (Amitriptyline)	25—200 мг/добу
Доксепін (Doxepin)	10—200 мг/добу
Агомелатин (Agomelatine)	25—50 мг/добу
Циталопрам (Citalopram)	10—60 мг/добу
Сертралін (Sertralin)	25—200 мг/добу
Пароксетин (Paroxetine)	10—40 мг/добу
Есциталопрам (Escitalopram)	5—20 мг/добу
Флуоксетин (Fluoxetine)	20—60 мг/добу
Дулоксетин (Duloxetine)	20—60 мг/добу
Флувоксамін (Fluvoxamine)	50—300 мг/добу
Венлафаксин (Venlafaxine)	37,5—150 мг/добу
Мапротилін (Maprotiline)	25—100 мг/добу
Міртазапін (Mirtazapine)	7,5—45 мг/добу

Міжнародна назва	Дози, що рекомендовані, та режим лікування
<b>Препарати для лікування деменції</b>	
Прамірацетам (Pramiracetam)	600—1800 мг/добу
Піритинол (Pyritinol)	600—1800 мг/добу
Гліатилін (Gliatilin)	800—1000 мг/добу
Кортексін (Cortexin)	5—15 мг/добу
Депротейнізовані високомолекулярні гемодеривати (Actovegin, Solcoseryl)	40—120 мг/добу
Німодіпін (Nimodipine)	90—180 мг/добу
Токоферола ацетат (Tocopheroli acetata)	400—1200 мг/добу
<b>Снодійні засоби</b>	
Нітразепам (Nitrazepam)	2,5—10 мг/добу
Зопіклон (Zopiclone)	3,75—15 мг/добу
Золпідем (Zolpidem)	5—10 мг/добу
Залеплон (Zaleplon)	5—10 мг/добу

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

Психотерапію в комплексному лікуванні застосовують у формі раціональної психотерапії (РП), когнітивно-біхевіоральної психотерапії (КБТ) та сімейної психотерапії (СП). Усі форми психотерапевтичного впливу призначають як індивідуально, так і в груповому варіанті. Питання про вибір варіанту групи чи індивідуальної психотерапії вирішує психотерапевт після консультацій з лікарем, що спостерігає пацієнта (невролог, психіатр).

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

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

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

Психосоціальні тренінги (ПСТ) спрямовані на формування/відновлення недостатніх/втрачених внаслідок хвороби когнітивних, мотиваційних, емоційних

ресурсів особистості, навичок, знань та вмій взаємодіяти, вирішувати проблеми, використовувати стратегії оволодіння у хворих з порушенням соціальної адаптації, що забезпечує їх інтеграцію у суспільство. Для осіб з психічними та поведінковими розладами при епілепсії найбільшої значущості набувають тренінги проблем міжособистісної взаємодії та когнітивних функцій. Тренінги проводять 2—3 рази на тиждень, в групі, в амбулаторних або стаціонарних умовах. Тривалість застосування тренінгів визначають індивідуально.

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

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

У разі розладів особистості епілептичного ґенезу основою лікування є поєднання психофармакотерапії (АП, АД, анксиолітики, снодійні) та психотерапії (РП, СП, КБП).

У хворих з когнітивними розладами при епілепсії під час використання психофармакотерапії окрім АП, АД, анксиолітиків, снодійних застосовують специфічні засоби для лікування деменцій. Психотерапію (РП та СП) та ПСТ (когнітивних функцій) призначають при наявності показань.

При нападах з порушеннями психічних функцій використовують різні варіанти психофармакотерапії. Психотерапію (РП, СП та КБП) та ПСТ використовують при наявності показань.

Особливості лікувальної тактики при певних формах патології наведені нижче.

*F 05.12 Делірій на фоні деменції, пов'язаний з епілепсією*

*F 05.82 Інший делірій, пов'язаний з епілепсією*

*F 05.92 Неуточнений делірій, пов'язаний з епілепсією*

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

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

поступовим їх збільшенням до досягнення бажаної терапевтичної реакції.

Психотропна терапія триває до завершення психотичного розладу і повинна бути індивідуально продовженою у зменшених дозуваннях для корекції емоційно-поведінкових розладів, характерних для епілепсії, до досягнення стану їх компенсації.

*F 06.02 Галюциноз, пов'язаний з епілепсією*

*F 06.12 Кататонічний стан, пов'язаний з епілепсією*

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

*F 06.22 Маячний (шизофреноподібний) розлад, пов'язаний з епілепсією*

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

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

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

При симптоматичній епілепсії з несприятливим та злоякісним перебігом призначають довготривалу

антипсихотичну терапію в оптимальних середніх або високих добових дозах препаратів без істотних побічних дій та ускладнень, у сполученні з лікуванням ПЕП у оптимальних дозуваннях.

В усіх випадках психотичних проявів пацієнтам проводять психотерапію, спрямовану на формування критичного ставлення до власних болючих переживань, формуються навички дезактуалізації психотичних переживань. Проводиться формування прихильності до терапії.

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

Підставою для початку медикаментозного лікування є наявність депресивної симптоматики протягом більше ніж 2 тижні. Перевагу надають мелатонінергічним антидепресантам, антидепресантам групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗС та Н), починаючи з оптимальних доз, передбачених інструкціями, з поступовим збільшенням дозувань до бажаної терапевтичної реакції. Враховують психофармакологічний анамнез. Перевагу надають попередньо ефективному та найбільш безпечному препарату. На початку терапії рекомендовано використання одного АД. При повній відсутності його терапевтичного ефекту протягом 4 тижнів (після зміни в разі недосягнення відповіді рекомендованої дози препарату) необхідно перейти до іншого АД. При незначному поліпшенні афективного стану — ще 2 тижні продовжують розпочату терапію обраним препаратом, а в разі відсутності прогресу слід перейти до іншого АД. При наявності клінічно значу-

щих симптомів тривоги рекомендується призначення транквілізаторів (бензодіазепінів) в рекомендованих в інструкції дозах терміном не більше 1—2 тижнів безперервного прийому.

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

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

Тривалість етапу активної терапії антидепресантами — 8—16 тижнів.

На етапі стабілізуючої терапії лікування АД продовжують в дозах, які були обрані на етапі активного лікування. Тривалість етапу стабілізуючої терапії — не менш 6 місяців.

**Критерії якості лікування психічних та поведінкових розладів при епілепсії:**

- клінічний критерій — редукція психотичної симптоматики і стабільність досягнутого психічного стану протягом не менш 6 місяців;

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

Додаток 1

## Класифікація епілепсій і епілептичних синдромів (переглянута і доповнена)

*Комісія з класифікації і термінології Міжнародної протиепілептичної Ліги (1989)*

### 1. Пов'язані з локалізацією (фокальні, локальні, парціальні) епілепсії і синдроми.

1.1. Ідіопатичні (з початком в певному віці).

1.1.1. Доброякісна епілепсія дитячого віку з центро-темпоральними спайками.

1.1.2. Епілепсія дитячого віку з потиличними пароксизмами.

1.1.3. Первинна епілепсія читання.

1.2. Симптоматичні.

1.2.1. Хронічна проградієнтна *epilepsia partials continua* (синдром Кожевнікова) дитячого віку.

1.2.2. Синдроми, що характеризуються специфічними способами викликання.

1.2.3. Різні синдроми, визначення яких ґрунтується переважно на типі нападу й інших клінічних особливостях:

— скроневі епілепсії,

— лобні епілепсії,

— тім'яні епілепсії,

— потиличні епілепсії.

1.2.4. Пов'язані з локалізацією ідіопатичні епілепсії: (лобна нічна спадкова епілепсія).

1.3. Криптогенні.

### 2. Генералізовані епілепсії і синдроми.

2.1. Ідіопатичні (з початком в певному віці, в порядку віку появи).

2.1.1. Доброякісні сімейні судоми новонароджених.

2.1.2. Доброякісні судоми новонароджених.

2.1.3. Доброякісна дитяча міоклонічна епілепсія.

2.1.4. Епілепсія з пікнолептичними абсансами (пікнолепсія, епілепсія з абсансами) дитячого віку.

2.1.5. Юнацька епілепсія з абсансами.

2.1.6. Юнацька міоклонічна епілепсія (епілепсія з імпульсивними *petit mal*).

2.1.7. Епілепсія з великими судомними припадками при пробудженні.

2.1.8. Інші генералізовані ідіопатичні епілепсії.

2.1.9. Епілепсія із специфічним способом викликання.

2.2. Криптогенні або симптоматичні (в порядку віку появи).

2.2.1. Епілепсія з блискавичними, кивковими, салам-нападами (синдром Уєста).

2.2.2. Синдром Леннокса — Гасто.

2.2.3. Епілепсія з міоклоніко-астатичними нападами (синдром Дууз).



2.2.4. Епілепсія з міоклонічними абсансами (синдром Тассінарі).

2.3. Симптоматичні.

2.3.1. Неспецифічної етіології:

— рання міоклонічна енцефалопатія;

— рання епілептична енцефалопатія з паттерном «спалах — пригнічення» на ЕЕГ;

— інші симптоматичні генералізовані епілепсії.

2.3.2. Специфічні синдроми.

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

— порушення розвитку;

— доведені або передбачувані порушення обміну речовин.

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

3.1. 3 генералізованими і фокальними випадками.

3.1.1. Неонатальні напади.

3.1.2. Важка міоклонічна епілепсія дитинства.

3.1.3. Епілепсія з безперервними комплексами спайк — хвиля в повільнохвилевому сні.

3.1.4. Синдром епілептичної афазії (Ландау — Клеффнера).

3.1.5. Інші невизначені епілепсії.

3.2. Без однозначних генералізованих або фокальних рис.

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

**4. Спеціальні синдроми.** Ситуаційно обумовлені випадки.

4.1. Фебрильні напади.

4.2. Ізольований епілептичний напад або ізольований епілептичний статус.

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

Додаток 2

### Міжнародна класифікація епілептичних нападів (ILAE 1981)

#### I. Парціальні (фокальні, локальні) епілептичні напади:

A. Прості парціальні напади (свідомість не порушена):

1. З моторними симптомами:

a) фокальні моторні без маршу;

b) фокальні моторні з маршем (джексонівський марш);

c) версивні;

d) постуральні;

e) фонаторні (вокалізація або зупинка мови).

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

a) сомато-сенсорні;

b) зорові;

c) слухові;

d) нюхові;

e) смакові;

f) запаморочення.

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

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

a) дисфазичні;

b) дисмнестичні (*déjà vu*);

c) когнітивні (сновидні стани, порушення відчуття часу);

d) афективні (страх, злість);

e) ілюзії (макро-, мікропсії);

f) структурні галюцинації (музика, сцени).

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

1. Починаються як прості парціальні з наступним порушенням свідомості:

a) початок із простих парціальних нападів (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 більш значні ніж при A1;

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

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

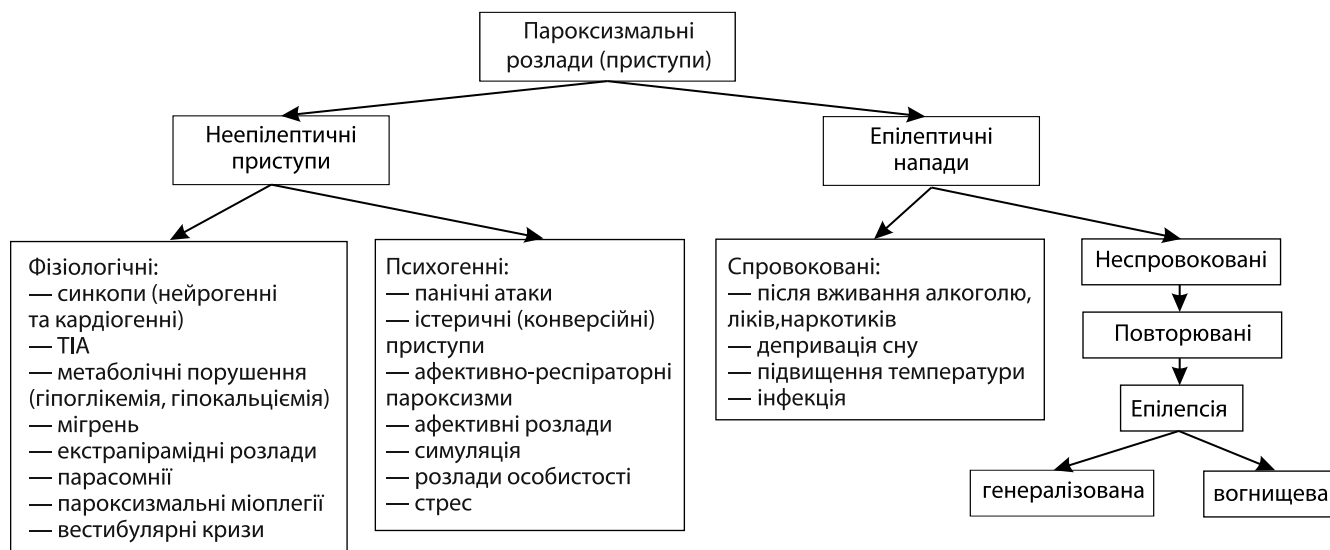
C. Клонічні напади.

D. Тонічні напади.

E. Тоніко-клонічні напади.

F. Атонічні (астатичні) напади

**Діагностичний алгоритм при диференціації епілептичних і неепілептичних пароксизмальних станів**  
 (з роботи McKeon A., Vaughan C., Delanty N. Seizure versus syncope // Lancet Neurol. — 2006. — № 5. — P. 171—180 зі змінами).



Додаток 4

Додаток 5

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

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

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

F 02.8 — деменція при епілепсії  
 F 02.8.0 — неускладнена (тільки прояви синдрому деменції без продуктивних розладів або останні мало виражені, не становлять значну частину клінічних проявів)  
 F 02.8.1 — з маяченням  
 F 02.8.2 — з галюцинаціями  
 F 02.8.3 — з проявами депресії  
 F 02.8.4 — змішані форми  
 F 05 — делірій, не обумовлений алкоголем та іншими психоактивними речовинами  
 F 06 — психічні розлади внаслідок епілепсії  
 F 06.0 — галюцинаторний розлад  
 F 06.1 — кататоноподібний розлад  
 F 06.2 — маячний (шизофреноподібний) розлад  
 F 06.3 — афективний розлад  
 F 06.4 — тривожний розлад  
 F 06.5 — дисоціативний розлад  
 F 06.6 — астеничний розлад  
 F 06.7 — легкий когнітивний розлад  
 F 06.8 — інший уточнений психічний розлад  
 F 06.9 — неуточнений психічний розлад  
 F 07.83 — розлад особистості та поведінки при епілепсії.

**Б. Бібліографія**

1. Дзяк Л. А. Эпилепсия [Текст] / Дзяк Л. А., Зенков Л. Р., Кириченко А. Г. — Киев : Книга-плюс, 2001. — 168 с.
2. Карлов В. А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин [Текст] / В. А. Карлов. — М. : «Медицина», 2010. — 717 с.
3. Юр'єва Л. М. Психічні розлади при епілептичному захворюванні [Текст] / Л. М. Юр'єва, С. Г. Носов. — К., 2009. — 195 с.
4. Bauer J. Medical treatment of epilepsy [Text] / J. Bauer, M. Reuber // *Expert Opin. Emerg. Drugs.* — 2003; 8: 457—67.
5. Belts T. Psychiatric aspects of non-epileptic seizures [Text]/ T. Belts. In: *Epilepsy: a comprehensive textbook* / Engel Jr. J., Pedley T. A., eds. — Philadelphia : Lippincott-Raven, 1998. — 2101—16.
6. Definition of drug resistant epilepsy: Consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies [Text] // *Epilepsia.* — 2010. — V. 51(6). — P.1069—1077.
7. Epilepsy must become a higher priority in Europe [Text]// *The Lancet Neurology.* — 2010. — V. 9 (Is. 10). — P. 941.
8. Hopkins A. The first seizure and the diagnosis of epilepsy [Text] / A. Hopkins. In: *Epilepsy* / Hopkins A., Shorvon S., Cascino G., editors. 2<sup>nd</sup> ed. — London : Chapman and Hall Medical, 1995: 105—121.
9. ILAE treatment guidelines: evidence-based analysis of anti-epileptic drug efficacy and effectiveness as initial monotherapy for epileptic seizures and syndromes [Text] / Glauser T., Ben-Menachem E., Bourgeois B. [et al.] // *Epilepsia.* — 2006; 47: 1094—120.
10. IE News Magazine: a quarterly magazine / International Bureau for Epilepsy [Electronic Resource]. — Mode of access : URL : <http://www.ibe-epilepsy.org/>
11. WHO list of health topics [Electronic Resource]. — Mode of access : URL : <http://www.who.int/topics/>
12. Kwan P. Effectiveness of first antiepileptic drug [Text] / P. Kwan, M. J. Brodie // *Epilepsia.* — 2001; 42: 1255—60.
13. McKeon A. Seizure versus syncope [Text] / McKeon A., Vaughan C., Delanty N. // *Lancet Neurol.* — 2006. — № 5. — P. 171—180.
14. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care [Electronic Resource]. — Mode of access : URL : <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=227586>, 2004. Last accessed 27 Aug 2006.
15. Panayiotopoulos C. P. The epilepsies: seizures, syndromes and management [Text] / C. P. Panayiotopoulos. — Oxford : Bladon Medical Publishing, 2005.
16. Panayiotopoulos C. P. Epileptic Syndromes and their Treatment [Text] / C. P. Panayiotopoulos. Second Edition. Based on the ILAE classification and practical guidelines. — Springer, 2005. — P. 577.
17. Panayiotopoulos C. P. MD PhD FRCP. The Epilepsies Seizures, Syndromes and Management [Text] / C. P. Panayiotopoulos. — Oxfordshire: BLADON Medical publishing, 2007. — P. 541.
18. Recommendation for a definition of acute symptomatic seizure [Text] / Beghi E., Carpio A., Forsgren L. [et al.] // *Epilepsia.* — 2010. — V. 51(4). — P. 671—675.
19. Report of the Commission on Classification and Terminology [Electronic Resource]. — Mode of access : URL : <http://www.ilae.org/Visitors/Centre/ctf/index-new.cfm>
20. Shorvon S. D. Handbook of epilepsy treatment [Text] / S. D. Shorvon. — Blackwell Science Ltd, 2000. — 248 p.
21. The treatment of epilepsy [Text] / [Shorvon S., Perucca E., Fish D., Dodson E., eds.] (2<sup>nd</sup> edition). — Oxford : Blackwell Publishing, 2004. — P. 1—913.
22. Vazquez B. Monotherapy in epilepsy: role of the newer antiepileptic drugs [Text] / B. Vazquez // *Arch Neurol.* — 2004 Sep; 61(9): 1361—5.