

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

(Проект)

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

¹ Одеський державний медичний університет² ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»³ Харківський національний медичний університет⁴ Харківська медична академія післядипломної освіти⁵ Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
Львівський обласний протиепілептичний центр⁶ Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Перелік скорочень, що використовуються в протоколі

АД	— антидепресанти
АЛТ	— аланінамінотрансфераза
АП	— антипсихотичні препарати
АСТ	— аспаратамінотрансфераза
АТ	— артеріальний тиск
ВООЗ	— Всесвітня організація охорони здоров'я
ГСЕН	— гострий симптоматичний епілептичний напад
ЕЕГ	— електроенцефалографія
ЕКГ	— електрокардіографія
КБТ	— когнітивно-біхевіоральна психотерапія
КТ	— комп'ютерна томографія
МКХ	— міжнародна класифікація хвороб
МРТ	— магнітно-резонансна томографія
ПЕП	— протиепілептичні препарати
ПСТ	— психосоціальні тренінги
РП	— раціональна психотерапія
СП	— сімейна психотерапія
УЗДГ	— ультразвукова доплерографія
ЦНС	— центральна нервова система
ЧМТ	— черепно-мозкова травма
IBE	— Міжнародне бюро з епілепсії (International Bureau of Epilepsy)
ILAE	— Міжнародна протиепілептична Ліга (International League Against Epilepsy)

А.1 ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

А.1.1. Діагноз:

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

Епілепсія — захворювання головного мозку, 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).

А1.2. Шифр відповідно до МКХ-10:

- Епілепсія — G 40
- Локалізована (фокальна, парціальна) ідіопатична епілепсія та епілептичні синдроми з судомними нападами з фокальним початком G 40.0
- Локалізована (фокальна, парціальна) симптоматична епілепсія та епілептичні синдроми з простими парціальними нападами G 40.1
- Локалізована (фокальна, парціальна) симптоматична епілепсія та епілептичні синдроми з комплексними парціальними судомними нападами G 40.2
- Генералізована ідіопатична епілепсія та епілептичні синдроми G 40.3
- Інші види генералізованої епілепсії та епілептичних синдромів G 40.4
- Особливі епілептичні синдроми G 40.5
- Напади grand mal неуточнені (з малими нападами [petit mal] або без них) G 40.6
- Мали напади [petit mal] неуточнені без нападів grand mal G 40.7
- Інші уточнені форми епілепсії G 40.8
- Епілепсія неуточнена G 40.9
- Когнітивні та мнестичні розлади внаслідок епілепсії F 02.803
- Психотичні розлади внаслідок епілепсії F 05.12, F 05.82, F 05.92
- Психічні розлади внаслідок ураження або дисфункції головного мозку (епілепсії) F 06.02, F 06.12, F 06.22, F 06.302, F 06.322, F 06.63, F 06.83
- Специфічні розлади особистості та поведінки внаслідок епілепсії F 07.83.

Класифікація епілепсій та епілептичних синдромів

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

В основу цієї класифікації покладено два принципи: етіологічний та локалізаційний.

За етіологією всі епілепсії і синдроми поділяють на: *Симптоматичні епілепсії та епілептичні синдроми* — наслідок або прояв захворювань ЦНС, є найбільш

частими формами епілепсії у дорослих. Патологічний субстрат може бути дифузним (аноксія), мультифокальним (енцефаліт), фокальним (абсцес);

Ідіопатичні епілепсії та епілептичні синдроми — характеризуються як захворювання, які не спричинені очевидними причинами, за винятком генетичної обумовленості. Характерний дебют у певному віці, чітко визначені клінічні та електроенцефалографічні характеристики.

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

Епілепсії та епілептичні синдроми **за локалізацією** поділяють на:

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

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

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

A.1.3. Потенційні користувачі: неврологи, психіатри, лікарі загальної практики — сімейної медицини

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

A.1.5. Дата складання протоколу: 2012 рік

A.1.6. Дата перегляду протоколу: 2015 рік

A.1.7. Коротка епідеміологічна інформація

Розповсюдженість епілепсії в розвинених країнах складає 5—10 випадків на 1000 населення. Згідно з результатами популяційних досліджень, що були проведені в розвинених країнах, частота розвитку епілепсії коливається у межах від 0,28 до 0,53 на 1000 населення. У країнах, що розвиваються, дані про розповсюдженість епілепсії дуже різняться, наприклад, 3,6 на 1000 в Індії, до 40 на 1000 в сільських районах Нігерії. В країнах СНД розповсюдженість епілепсії коливається від 0,96 до 10 на 1000 населення. В Європі на епілепсію страждають 6 млн. осіб, з них 40 % не отримують належного лікування.

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

Кожний двадцятий протягом життя мав хоча б один епілептичний напад.

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

A.2. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

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

Поняття «епілепсія» містить у собі гетерогенну групу різних синдромів і захворювань, що мають різний прогноз і вимагають різного лікування, як терапевтичного так і нейрохірургічного, тому правильна діагностика розладу потребує визначення форми захворювання й типу епілептичних нападів.

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

А.2.1. Для установ, що надають первинну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Первинна профілактика До заходів первинної профілактики слід віднести рекомендації щодо способу життя, адекватне лікування та профілактику захворювань та станів, що можуть призвести до розвитку або екзацерації епілепсії: <ul style="list-style-type: none"> ● Уникнення чинників, що провокують порушення функцій ЦНС: надлишкове вживання алкоголю та інші інтоксикації, порушення режиму роботи і відпочинку, порушення режиму сну. ● Свочасне і адекватне лікування інших захворювань та травм ЦНС та низьки соматичних захворювань 	На сьогодні не існує переконливих доказів, які підтверджують ефективність рекомендацій щодо ролі способу життя і профілактики в розвитку і лікуванні епілепсії, але, на думку експертів, вони мають входити до завдань загально-го цільового консультування пацієнтів сімейним лікарем	Обов'язкові методи первинної профілактики: відсутні Бажані методи первинної профілактики: Розробити інформативний листок для пацієнтів, в якому наведені рекомендації щодо здорового способу життя. Заходи щодо формування здорового способу життя населення
2. Діагностика <ul style="list-style-type: none"> ● Збирання анамнезу ● Фізикальне обстеження ● Моніторинг АТ ● Лабораторна діагностика ● ЕКГ ● Консультації невролога, психіатра, лікаря-психолога. Консультація інших спеціалістів (ендокринолог, нейрохірург, нарколог) при наявності відповідних показань	Діагностика епілепсії проводиться тільки в спеціалізованих лікарняних закладах. На етапі первинної медичної допомоги проводиться тільки обстеження для виключення наявності актуальної соматичної патології та метаболічних порушень	Особливості (з'ясування даних) анамнезу: <ul style="list-style-type: none"> ● Обставини виникнення першого (та інших) нападів ● Анамнез життя (по можливості включаючи ранній анамнез) ● Обставини життя і роботи (контакт з токсичними чинниками, підвищений ризик травмування та ін.) ● Сімейний анамнез (наявність пароксизмальних порушень у рідних) Фізикальне обстеження хворого для виключення (або підтвердження) наявності соматичної патології, що могла призвести до виникнення нападів. Лабораторні методи обстеження: <ul style="list-style-type: none"> ● Загальний аналіз крові ● Загальний аналіз сечі ● Біохімічний аналіз крові (з обов'язковим визначенням глюкози) ЕКГ — для діагностики значимих порушень ритму серця
3. Методи лікування 3.1. Немедикаментозне лікування: Режим роботи та відпочинку Психосвітня робота з пацієнтом та його родичами Формування прихильності до лікування		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 %). Встановлення партнерських довірливих відносин між лікарем та пацієнтом
3.2. Медикаментозне лікування	Лікування епілепсії проводиться тільки в спеціалізованих лікарняних закладах	
3.3. Вторинна профілактика Пацієнти з епілепсією потребують диспансеризації		

A.2.2. Для установ, що надають вторинну амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Первинна профілактика До заходів первинної профілактики слід віднести рекомендації щодо способу життя, адекватне лікування та профілактику захворювань та станів, що можуть призвести до розвитку або екзацерації епілептичних нападів <ul style="list-style-type: none"> ● Уникнення чинників, що провокують порушення функцій ЦНС: надлишкове вживання алкоголю та інші інтоксикації, порушення режиму роботи і відпочинку, порушення режиму сну ● Свчасне й адекватне лікування інших захворювань та травм ЦНС і низьки соматичних захворювань 	На сьогодні не існує переконливих доказів, які підтверджують ефективність рекомендацій щодо ролі способу життя і профілактики в розвитку і лікуванні епілепсії, але, на думку експертів, вони мають входити до завдань загальної цільового консультування пацієнтів сімейним лікарем	Обов'язкові методи первинної профілактики: відсутні Бажані методи первинної профілактики: Розробити інформацийний листок для пацієнтів, в якому наведені рекомендації щодо здорового способу життя
2. Діагностика <ul style="list-style-type: none"> ● Збирання анамнезу ● Фізикальне обстеження ● Лабораторна діагностика ● ЕКГ ● Консультації невролога/психіатра (в залежності від показань) ● Нейровізуалізація КТ/МРТ головного мозку ● Консультація лікаря-психолога ● Консультації отоневролога, нейроофтальмолога ● EEG (з можливістю EEG-моніторингу і відео-EEG-моніторингу) ● Транскраніальна ультразвукова доплерографія судин голови та шиї ● Тривалий моніторинг АТ ● Тривалий моніторинг ЕКГ ● Консультація ендокринолога з подальшим дослідженням ендокринологічного статусу (за показаннями) ● Консультація нейрохірурга (за показаннями) 	Діагностика епілепсії проводиться тільки в спеціалізованих лікарняних закладах: неврологічних, психіатричних. До психіатричних медичних закладів направляють тільки пацієнтів, що мають значимі психотичні порушення, в усіх інших випадках лікування епілепсії проводить лікар-невролог із залученням психіатра за медичними показаннями. Для діагностики та диференціальної діагностики епілептичних та неепілептичних пароксизмальних станів (Додаток 3) лікуючий невролог/психіатр має використовувати сучасні нейрофізіологічні та нейровізуалізаційні методи дослідження, а також мати змогу консультувати хворого у інших спеціалістів для виключення неепілептичного характеру пароксизмальних порушень та діагностики низьки сулутніх патологічних станів	Обов'язкові: Особливості збирання анамнезу: <ul style="list-style-type: none"> ● Обставини виникнення першого (та інших) нападів; ● Анамнез життя (по можливості включаючи ранній анамнез), наявність в анамнезі родової травми або іншої важкої патології ЦНС в ранньому дитинстві; наявність в дитячому віці епілептичних стигм (фебрильних судом); наявність в анамнезі втрати чи порушень свідомості; станів звуженої свідомості, немотивованих фобій та психомоторних збуджень, особливо у ночі, транзиторних порушень мови, еноурезу; ● Обставини життя і роботи (контакт з токсичними чинниками, підвищений ризик травмування та ін.); ● Сімейний анамнез (наявність пароксизмальних порушень у рідних). Фізикальне обстеження хворого для виключення (або підтвердження) наявності соматичної патології, що могла призвести до виникнення нападів. Поглиблене неврологічне дослідження в динаміці. Лабораторні методи обстеження: <ul style="list-style-type: none"> ● Загальний аналіз крові (гемоглобін, гематокрит, лейкоцитарна формула, кількість тромбоцитів, зростання крові); ● Загальний аналіз сечі (білок, глюкоза, мікроскопія, кетони, домішки крові); ● Біохімічний аналіз крові (з обов'язковим визначенням рівня глюкози); ● Визначення рівня кальцію в крові; ● Біохімічний аналіз крові з визначенням: АСТ, АЛТ, білірубіну, креатиніну, лужної фосфатази, гаммаглутамінотрансаферази, електролітів, білка, сечовини, амілази, церулоплазміну, молочної кислоти. Показники гормонального статусу (після консультації ендокринолога за потребою). EEG-дослідження, що має відповідати мінімальним стандартам Міжнародної протіепілептичної Ліги. Нейровізуалізація КТ/МРТ: методом вибору є МРТ головного мозку. Обов'язковим є дослідження у режими Т1 і Т2 з застосуванням тонких E-1 мм безперервних зрізів у всіх можливих проекціях. Обстеження нейроофтальмолога з обов'язковим оглядом очного дна. Консультація нейрохірурга необхідна при наявності структурних змін головного мозку (будь-якої етіології), значному погіршенні стану хворого, резистентній до лікування епілепсії. Консультація невролога при спостереженні хворого психіатром є обов'язковою

Обґрунтування	Необхідні дії	<p>Бажани: Тривалий моніторинг АТ: можлива заміна моніторингу регулярним вимірюванням АТ через рівні інтервали з обов'язковим вимірюванням у момент клінічного погіршення, але інформативність такого вимірювання істотно нижча, ніж моніторингу. ЕЕГ-моніторинг і відео-ЕЕГ-моніторинг. Реєстрація нічного сну. ЕКГ-моніторинг при підозрі на кардіогенні пароксизми. Необхідно пам'ятати, що рутинна ЕКГ не здатна замінити ЕКГ-моніторинг. Серологічне обстеження крові та ліквору на сифіліс і віруси. Дослідження рівня ПЕП в крові (за показаннями). Нейровізуалізація: методом вибору є МРТ головного мозку. При негативному результаті МРТ і особливо КТ головного мозку дослідження повинно проводитися в динаміці. При можливості доцільно проводити МРТ-дослідження на апараті з напругою магнітного поля не менше 1,5 Т. Дослідження стану судинної системи мозку: МРТ в ангіографічному режимі, а за необхідності проведення ангіографії. Ультразвукове транскраніальне доплерографічне дослідження дозволяє диференціювати деякі пароксизмальні стани, а так само є скринінговою методикою для діагностики патології судинного русла — стенозів, мальформацій і т. п. УЗДГ повинне проводитися в каротидному і базиллярному басейнах з пред'явленням адекватних функціональних навантажень. Обстеження отоневрологічного статусу допоможе при діагностиці цілої низки неепілептичних нападів. Поглиблене ендокринологічне обстеження за наявності показань. Патологія інсулярного апарату, щитоподібної залози, надниркових залоз, гіпофізу приводить до розвитку пароксизмальних станів, які необхідно диференціювати з епілептичними. Консультація психіатра, при спостереженні хворого неврологом, проводиться за показаннями (наявність значимих психотичних, когнітивних, мнестичних змін та виражених специфічних змін особистості). Психологічне і психодіагностичне (патопсихологічне, нейропсихологічне) обстеження проводиться за показаннями (бажано)</p>
<p>3. Методи лікування</p> <p>3.1. Немедикаментозне лікування: Режим Психоосвітня робота з пацієнтом та його родичами Психотерапія (при наявності психічних та поведінкових розладів) Формування прихильності до лікування</p> <p>3.2. Медикаментозне лікування</p> <p>3.3. Вторинна профілактика Пацієнти з епілепсією потребують диспансеризації</p>	<p>Лікування епілепсії проводиться тільки в спеціалізованих лікарняних закладах: неврологічних, психіатричних</p>	<p>Обов'язкові: Пояснення хворим необхідності дотримання режиму життя і лікування. Проведення роз'яснювальної роботи з пацієнтом щодо суті його захворювання з акцентуванням уваги на значній ефективності лікування епілепсії (до 60—75 %). Встановлюються партнерські довірливі відносини між лікарем та пацієнтом</p>

ЕЕГ-дослідження має відповідати мінімальним стандартам Міжнародної протиепілептичної Ліги:

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

Наведені вище стандарти є обов'язковими для традиційної ЕЕГ у хворих на епілепсію чи при диференціальній діагностиці епілепсії. У разі недостатньої інформативності рутинної ЕЕГ вдаються до ЕЕГ-моніторингу та ЕЕГ-відеомоніторингу.

- При встановленні епілептичного характеру нападу (Додаток 3) необхідно по можливості
- встановити причину нападу,
 - встановити тип епілептичного нападу,
 - вирішити питання про лікування, в т. ч. призначення ПЕП, і
 - обрати ПЕП.

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

(Відповідно до методичних рекомендацій «Уніфікована методика з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, протоколів медичної допомоги на засадах доказової медицини»)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Розділ 1. Організація надання медичної допомоги		Обов'язкові: консультація невролога, психіатра, лікаря-психолога, встановлення епілептичного походження пароксизмального стану, встановлення діагнозу епілепсія, обов'язкова госпіталізація при першому епілептичному нападі в неврологічний стаціонар, при розвитку епілептичного статусу, значному почастишанню нападів, при розвитку серйозних ускладнень протиепілептичної терапії; госпіталізація в психіатричний стаціонар (при наявності показань — розділ 4). Бажані: консультування та госпіталізація в спеціалізовані медичні заклади III рівня та спеціалізовані епілептологічні центри
Розділ 2. Діагностика	Метою діагностики є встановлення діагнозу «епілепсія», типів епілептичних нападів та форми епілепсії, а також встановлення етіології захворювання, клінічно важливих коморбідних станів	Обов'язкові: клінічна діагностика, ЕЕГ (фоновий запис не менше 20 хвилин з наступними функціональними пробами), МРТ головного мозку, клінічний аналіз крові (з тромбоцитограмою) та сечі, біохімічний аналіз крові (печінкові проби, рівень цукру в крові, рівень калію, натрію, кальцію та магнію). Бажані: ЕЕГ-відеомоніторинг, МРТ головного мозку (напряга магнітного поля не менше 1,5 Т), КТ — ангіографія (з контрастним підсиленням)/ МРТ — в судинному режимі, біохімічний аналіз крові (рівень калію і натрію), ультразвукова доплерографія, нейропсихологічне дослідження, ендокринологічне дослідження (гормони щитовидної та надниркової залоз), генетичне консультування
Розділ 3. Лікування	Лікування має бути тривалим, безперервним, адекватним щодо типу нападів та форми епілепсії і таким, що досягає контролю над нападами, або максимально зменшує їхню частоту та пригнічує епілептичну активність головного мозку. Лікування завжди починається з монотерапії препаратом першої лінії вибору. Політерапію призначають після неефективного лікування двома препаратами першої лінії вибору в максимально переносимих дозуваннях. Неефективність терапевтичних заходів є показанням до нейрохірургічного лікування	Обов'язкові: призначення ПЕП першої та другої лінії вибору відповідно до типу нападів; при неефективності монотерапії призначається політерапія (Таблиця додається). Лікування нападів починають із монотерапії препаратом першої лінії вибору, ефективність якого оцінюють протягом періоду не менш 3 місяців після досягнення терапевтичної дози препарату. Оцінка ефективності протягом меншого періоду часу не дозволяє визначити ефективність ПЕП і приводить до частішої зміни та розвитку вторинної фармакорезистентності. Під час вибору ПЕП першої лінії необхідно пам'ятати про побічні ефекти, що найчастіше спостерігаються і можуть погіршити якість життя хворих більшою мірою, ніж наявність епілептичних нападів. ПЕП обирають залежно від статі, віку й соціального функціонування пацієнта. У разі ефективності першого призначення ПЕП його призначають довгостроково в терапевтичних дозуваннях для тривалого прийому протягом мінімум 3 років після останнього нападу. У разі неефективності першого призначеного ПЕП як монотерапії призначають інший препарат першої лінії вибору також в монотерапії. Для цього другий препарат доводять до терапевтичної дози і лише потім поступово відмінюють перший неефективний ПЕП. У разі ефективності терапевтичних доз другого ПЕП його також призначають довгостроково й безперервно протягом мінімум 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. У разі неефективності монотерапії другим ПЕП перехід на прийом наступного препарату як монотерапії можливий лише при дуже рідких нападах, які не загрожують життю пацієнта (не більше 1 парціальний напад без вторинної генералізації на місяць, чи не більше одного епізоду міоклоній на місяць). Звичайно переходять на терапію двома ПЕП. З перших 2-х препаратів вибирають той, який був більш ефективний (для конкретного пацієнта) і краще переноситься пацієнтом. До нього додають препарат 1-ї або 2-ї лінії вибору, можлива комбінація раніше призначених ПЕП або одного з них з будь-яким препаратом 1-ї або 2-ї лінії вибору з урахуванням їх фармакокінетичних і фармакодинамічних взаємодій під контролем плазмоконтрації ПЕП. Дози препаратів мають бути не нижче терапевтичних. У разі неефективності терапії двома ПЕП продовжують підбір схеми спочатку з 2-х, а потім з 3-х ПЕП, які ефективні для лікування того або іншого типу нападу. При цьому в комбінації повинен бути присутнім препарат зі стовпчика — резистентність Бажані: додаткове симптоматичне лікування

Розділ 4. Стаціонарне лікування	<p>Початок епілептичних нападів, або не визначених пароксизмальних станів, частота й важкість яких є загрозою для пацієнта</p> <p>Значне почастішання епілептичних нападів або посилення їх важкості</p> <p>Розвиток серйозних ускладнень протиепілептичної терапії</p> <p>Розвиток психічних та поведінкових розладів, які супроводжуються:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) психомоторним збудженням 2) дезорганізацією, затьмаренням свідомості 3) соціально небезпечним змістом галюцинаторних та маячних переживань 4) ауто- або гетероагресивною поведінкою 5) гострою та вираженою продуктивною психопатологічною симптоматикою 6) неможливістю забезпечення життєдіяльності, надання допомоги пацієнту з боку родичів 7) наявністю коморбідної соматичної патології, яка потребує цілодобового спостереження 	<p>Обов'язкові: Хворого госпіталізують в неврологічний стаціонар для проведення швидкого ретельного обстеження. Алгоритм обстеження такий ж, як описано вище, однак його треба проводити в найбільш короткий термін, для визначення терапевтичної тактики. Призначення ПЕП першої лінії вибору відповідно до типу нападів</p> <p>Обов'язкові: Госпіталізація в неврологічний стаціонар. Коли у клінічній картині нападів, або у постіктальному періоді домінують значні психічні порушення, можлива госпіталізація у психіатричний стаціонар (навіть первинна). При можливості — усунення чинників, які сприяли погіршенню стану. Корекція схеми ПЕП. Призначення препаратів для дезінтоксикації та десенсибілізації, осмотичних діуретиків, протинабрякових препаратів, гепатопротекторів.</p> <p>Бажані: додаткове симптоматичне лікування та корекція психічних порушень</p> <p>Обов'язкові: Госпіталізація в неврологічний стаціонар. Препарати для дезінтоксикації та десенсибілізації, осмотичні діуретики, протинабрякові препарати, гепатопротектори. Корекція схеми ПЕП.</p> <p>Бажані: Використання обмінного плазмаферезу</p> <p>Обов'язкові: Призначення відповідно до показань АП, АД, ансіолітиків, засобів для лікування деменції та когнітивних розладів.</p> <p>Бажані: психотерапія (РП, СП, КБТ) відповідно до показань</p>
Розділ 5. Рекомендації при виписуванні зі стаціонару	<p>Епілепсія є хронічним захворюванням, що потребує тривалого безперервного лікування протиепілептичними препаратами; також суттєво впливає на рівень соціального функціонування хворих</p>	<p>Обов'язкові: Чітка і зрозуміла для пацієнта та його родичів схема довготривалого прийому протиепілептичних препаратів (з зазначенням назви препарату, дози і кратності прийому). Чітка і зрозуміла для пацієнта та його родичів схема прийому інших препаратів (нейрометаболічних, антипсихотичних, антидепресантів тощо) із зазначенням дози, кратності та тривалості прийому. Лабораторна діагностика 1 раз на 6 місяців (аналіз крові клінічний з тромбоцитогомамою, аналіз сечі клінічний, печінкові проби). Направлення для постійного нагляду спеціалісту неврологу, за показаннями — психіатру. Соціальні поради та рекомендації щодо працевлаштування.</p> <p>Бажані: Додаткове симптоматичне лікування. Ведення хворим щоденника нападів</p>
Розділ 6. Реабілітація	<p>Всі хворі на епілепсію потребують постійного диспансерного нагляду та соціально-психологічної адаптації, в зв'язку із стигматизуючим впливом захворювання на оточуючих та уявлення про захворювання самого пацієнта</p>	<p>Обов'язкові: диспансерне спостереження щокварталу, ЕЕГ-обстеження 1 раз на 6 місяців, МРТ головного мозку 1 раз в 1—3 роки, лабораторна діагностика 1 раз на 6 місяців (аналіз крові клінічний з тромбоцитогомамою, аналіз сечі клінічний, печінкові проби), психологічна допомога.</p> <p>Бажані: Контроль з боку пацієнта або його родичів за частотою нападів у разі неможливості повної ремісії. Спостереження з боку пацієнта або його родичів за регулярністю прийому ПЕП. Можливість швидкого звернення до лікаря у разі погіршення стану здоров'я. Консультація суміжних спеціалістів. Психосоціальна робота з пацієнтом та його родиною, когнітивно-поведінкова та інші форми психотерапії з пацієнтом.</p> <p>Ресоціалізація пацієнта (при потребі залучення до реабілітаційної роботи працівників соціальної допомоги, правознавців, громадські організації, групи зустрічей, взаємопідтримки та ін.).</p> <p>Формування високої прихильності до терапії</p>
Розділ 7. Профілактика	<p>Основним напрямком профілактики є вилучення чинників провокації епілептичних нападів, запобігання ускладнень захворювання і профілактика побічної дії ПЕП</p>	<p>Обов'язкові: дотримання режиму прийому ПЕП, запобігання чинників, що провокують епілептичні напади (вживання алкоголю, наркотичних та психоактивних речовин, препаратів, що стимулюють епілептогенез, дотримання режиму сну, запобігання ритмічної фотостимуляції), дотримання соціальних рекомендацій та рекомендацій щодо працевлаштування.</p> <p>Бажані: Контроль плазмоконтентрації ПЕП, призначення специфічного лікування для запобігання побічної дії ПЕП та профілактики ускладнень захворювання. дотримання режиму прийому протиепілептичних препаратів</p>

Застосування протиепілептичних препаратів у залежності від типу нападів

Тип нападу	1-ша лінія	2-га лінія	Резистентність	Можливість застосування
Генералізовані тоніко-клонічні, тонічні, клонічні	Вальпроєва кислота та її солі, ламотриджин	Карбамазепін, топірамат, фенобарбітал, окскарбазепін, леветірацетам	Топірамат, атипові бензодіазепіни	Фенітоїн, габапентин, прегабалін
Міоклонічні	Вальпроєва кислота та її солі, леветірацетам	Топірамат	Атипові бензодіазепіни	Фенобарбітал, ламотриджин
Абсанси	Вальпроєва кислота та її солі, етосуксимід	Ламотриджин, атипові бензодіазепіни, леветірацетам	Топірамат	
Парціальні	Вальпроєва кислота та її солі, ламотриджин, карбамазепін, топірамат, окскарбазепін	Фенітоїн, прегабалін, габапентин, леветірацетам, лакозамід	Топірамат, леветірацетам	Атипові бензодіазепіни, фенобарбітал
Вторинно генералізовані	Вальпроєва кислота та її солі, ламотриджин, карбамазепін, окскарбазепін, леветірацетам	Фенітоїн, фенобарбітал, прегабалін, топірамат, габапентин, лакозамід	Топірамат, атипові бензодіазепіни	
Недиференційовані	Вальпроєва кислота та її солі, топірамат	Ламотриджин, леветірацетам	Топірамат, атипові бензодіазепіни	Фенобарбітал, прегабалін

(Другу частину проекту Уніфікованого клінічного протоколу буде наведено у наступному випуску журналу)