ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров’я України
_____ № _____

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ, ЕКСТРЕНОЇ ТА СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ЕПІЛЕПСІЇ У ДІТЕЙ

2026

Вступ

Клінічний протокол первинної, екстреної та спеціалізованої медичної допомоги «Епілепсії у дітей» (далі - КПМД) за своєю формою, структурою та методичним підходом щодо використання вимог доказової медицини створено відповідно до Методики розробки та впровадження стандартів медичної та реабілітаційної допомоги, клінічних протоколів та протоколів надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я на засадах доказової медицини, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 червня 2026 року № 845 «Деякі питання розробки галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 30 липня 2026 року за № 1090/46484.

КПМД розроблено на основі Клінічної настанови, заснованої на доказах «Епілепсії у дітей та дорослих», що ґрунтується на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій. На момент розробки цього КПМД в Україні деякі лікарські засоби не зареєстровано, що включено до схем лікування епілепсій з доведеною ефективністю. Інформація щодо схем лікування епілепсій із застосуванням не зареєстрованих лікарських засобів за міжнародними непатентованими назвами: клобазам, перампенел, брівірацетам, руфінамід, етосуксимід, еслікарбазепін, фенфлурамін, ценобамат, фосфенітоїн, а також про способи використання ін'єкційних форм таких лікарських засобів: фенобарбіталу, фенітоїну, лакосаміду, що застосовуються для надання медичної допомоги особі у невідкладному стані наведена наведена у Клінічній настанові «Епілепсії у дітей та дорослих». Ознайомитися з текстом Клінічної настанови можна за посиланням:https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

Відповідно до статті 44 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» лікарські засоби, можуть використовуватися в інтересах вилікування особи тільки за умови отримання письмової згоди та інформування пацієнта або його законного представника про цілі, методи, побічні ефекти, можливий ризик та очікувані результати лікування.

В КПМД зосереджено увагу на основних етапах надання медичної допомоги дітям з епілепсією. Основними завданнями при розробці КПМД було забезпечення якості, ефективності та рівних можливостей доступу до медичної допомоги для дітей з епілепсією, створення єдиних принципів щодо здійснення діагностики, лікування та подальшого спостереження, а також обґрунтування кадрового забезпечення та ресурсного оснащення закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ).

КПМД розроблений мультидисциплінарною робочою групою, до якої увійшли представники різних медичних спеціальностей. Персональний склад мультидисциплінарної робочої групи з розробки галузевих стандартів медичної допомоги за темою «Епілепсія у дітей та дорослих», затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України 15 серпня 2020 року № 1908 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 15 грудня 2025 року № 1890).

Перелік скорочень та визначень, що використовуються в КПМД

АЛТ	аланінамінотрансфераза
АСТ	аспартатамінотрансфераза
АТ	артеріальний тиск
б/х аналіз	біохімічний аналіз
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВРІТ	відділення реанімації та інтенсивної терапії
ГСЕН	гострий симптоматичний епілептичний напад
ЕЕГ	електроенцефалографія
ЕКГ	електрокардіографія
ЕН	епілептичний напад
ЕС	епілептичний синдром
Ест	епілептичний статус
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ІФС	інтермітуюча фотостимуляція
КМП	клінічний маршрут пацієнта
КПМД	клінічний протокол медичної допомоги
КТ	комп'ютерна томографія
МД	медична допомога
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
МРТ	магнітно-резонансна томографія
НСЕС	несудомний епілептичний статус
ОФЕКТ	однофотонна емісійна ком'пютерна томографія
ПЕЛЗ	протиепілептичні лікарські засоби
ПЕТ	позитронно-емісійна томографія
СЕС	судомний ЕС
ТВЕМ	тривалий відео-ЕЕГ моніторинг
ЦНС	центральна нервова система
ЧМТ	черепно-мозкова травма
GLUT1	транспортер глюкози 1-го типу
IgG	імуноглобулін G
ILAE	Міжнародна протиепілептична Ліга (International League Against Epilepsy)
SCN1A	Sodium Voltage-Gated Channel Alpha Subunit 1 - альфа-субодиниця 1 натрієвого каналу
SCORE	Standardized computer-based organized reporting of EEG - стандартизована комп'ютерна організована звітність ЕЕГ
Форма № 025/о	форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974
Форма № 003/о	форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого №_» та інструкція з її

заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29), зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974

Форма № 027/о форма первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

І. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1. Діагноз: Епілепсія

2. Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

G40 Епілепсія

G40.0 Локалізована (фокальна) (парціальна) ідіопатична епілепсія та епілептичні синдроми з судомними нападами локалізованого початку

G40.1 Локалізована (фокальна) (парціальна) симптоматична епілепсія та епілептичні синдроми з простими парціальними судомними нападами

G40.2 Локалізована (фокальна) (парціальна) симптоматична епілепсія та епілептичні синдроми з комплексними парціальними судомними нападами

G40.3 Генералізована ідіопатична епілепсія та епілептичні синдроми

G40.4 Інші види генералізованої епілепсії та епілептичних синдромів

G40.5 Специфічні епілептичні синдроми

G40.6 Великі епілептичні напади, неуточнені (з малими нападами та без них)

G40.7 Малі напади, неуточнені, без великих нападів

G40.8 Інші форми епілепсії

G40.9 Епілепсія, неуточнена

G41 Епілептичний статус

F80.3 Набута афазія з епілепсією (синдром Ландау-Клефнера)

U80.3 Епілепсія

3. Протокол призначений для: керівників ЗОЗ, лікарів-педіатрів, лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів-терапевтів, лікарів-неврологів дитячих, лікарів-психіатрів дитячих, лікарів-нейрохірургів дитячих, лікарів-радіологів, лікарів з функціональної діагностики, фізичних осіб-підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики, медичних працівників, які беруть участь у наданні первинної, екстреної та спеціалізованої медичної допомоги дітям з епілепсією.

4. Мета протоколу: визначення та розробка комплексу заходів з раннього та своєчасного виявлення, діагностики та лікування, за необхідності, заходів спеціалізованої, симптоматичної та паліативної допомоги дітям з епілепсією, координація та стандартизація медичної допомоги на основі сучасних принципів доказової медицини.

5. Дата складання протоколу: 2026 рік

6. Дата перегляду протоколу: 2031 рік

7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці КПМД:

Мішиєв В'ячеслав Данилович	завідувач кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національного університету охорони здоров'я імені П.Л. Щупика, директор комунального некомерційного підприємства «Клінічний заклад з надання психіатричної допомоги «ПСИХІАТРІЯ» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації),

	голова групи експертів Міністерства охорони здоров'я України за напрямком «Психіатрія», голова робочої групи;
Дубенко Андрій Євгенійович	провідний науковий співробітник відділу дитячої психоневрології та пароксизмальних, станів державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П.В. Волошина НАМН України», Президент української протиепілептичної ліги, заступник голови робочої групи з клінічних питань (за згодою);
Гончар Євгеній В'ячеславович	заступник Міністра охорони здоров'я України;
Брозь Роман Володимирович	заступник директора з медичної частини комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний психоневрологічний диспансер» (за згодою);
Коростій Володимир Іванович	медичний директор навчально-наукового медичного комплексу «Університетська клініка» Харківського національного медичного університету, Президент української асоціації нейропсихофармакології;
Костюк Костянтин Романович	керівник відділення функціональної нейрохірургії і нейромодуляції державної установи «Інститут нейрохірургії імені академіка А.П. Ромоданова НАМН України» (за згодою);
Літовченко Тетяна Анатоліївна	завідувач кафедри неврології та дитячої неврології Навчально-наукового інституту післядипломної освіти Харківського національного медичного університету;
Маньковський Дмитро Станіславович	завідувач відділенням кардіоневрології державної установи «Інститут серця МОЗ України», член експертної групи МОЗ України за напрямком «Неврологічна та нейрохірургічна допомога»;
Мар'єнко Лідія Борисівна	професор кафедри неврології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького»;
Марута Наталія Олександрівна	керівник відділу пограничної психіатрії, заступник директора з наукової роботи державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П.В. Волошина НАМН України», голова громадської організації «Асоціація неврологів, психіатрів і наркологів України» (за згодою);
Марценковський Ігор Анатолійович	завідувач відділу психічних розладів дітей та підлітків державної установи «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»;

Пилипець Олена Юріївна	провідний науковий співробітник відділу дитячої психоневрології та пароксизмальних станів державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (за згодою);
Смоланка Володимир Іванович	ректор державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет»;
Танцура Людмила Миколаївна	завідувач відділом дитячої психоневрології та пароксизмальних станів державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П.В. Волошина НАМН України» (за згодою);
Тичківська Ольга Мирославівна	лікар-невролог дитячий, керівник центру нейрофізіологічного моніторингу лікарні святого Миколая 1-го ТМО м. Львова. Асистент кафедри педіатрії та неонатології ФПДО Львівського національного медичного уніерситету імені Данила Галицького;
Харитонов Володимир Ігоревич	завідувач відділенням з надання психіатричної допомоги дітям молодшого віку комунального некомерційного підприємства «Київська міська клінічна дитяча лікарня № 1 виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) (за згодою).

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	директор Департаменту стандартів у сфері охорони здоров’я державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров’я України», заступник голови робочої групи методологічного супроводу;
Шилкіна Олена Олександрівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров’я державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров’я України».

Електронну версію документа можна завантажити з офіційного веб-сайту Міністерства охорони здоров’я (http://www.moz.gov.ua) та з Реєстру медико-технологічних документів (https://www.dec.gov.ua/mtd/home).

Рецензенти

Дзяк Людмила Антонівна	завідувач кафедри неврології, нейрохірургії та офтальмології Дніпровського державного медичного університету, головний позаштатний невролог Департаменту охорони здоров´я Дніпропетровської обласної державної адміністрації, доктор медичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України;

Сухоносова Ольга Юріївна	професор кафедри неврології та дитячої неврології Харківського Національного медичного університету, доктор медичних наук;
Гриб Вікторія Анатоліївна	завідувач кафедри неврології та нейрохірургії Івано-Франківського національного медичного університету, член Європейської асоціації неврологів, Спільноти рухових розладів, Світової федерації нейрореабілітації, професор, доктор медичних наук.

8. Коротка епідеміологічна інформація

За даними ВООЗ, у світі на епілепсії хворіють більше 50 млн осіб, що складає близько 1-1,3% загальної популяції. Частота епілепсій залежить від віку, причому найвища частота спостерігається у дітей віком до 5 років та осіб віком 65 років і старше. У 70% відсотків пацієнтів напади починаються у віці до 20 років, а діти з епілепсією займають провідні місця в структурі дитячої інвалідності.

Сучасні дослідження підтверджують факт, що незважаючи на покращення розуміння патофізіологічних механізмів епілепсій, процесів епілептогенезу і антиепілептогенезу, нових можливостей діагностики та лікування, впровадження в клінічну практику науково обґрунтованих терапевтичних програм, приблизно, як і раніше, у 30% пацієнтів епілептичні напади залишаються резистентними до фармакотерапії.

Раптова несподівана смерть при епілепсіях складає 1,16 випадків на 1000 пацієнтів з епілепсіями. Ризик зростає до 5,9 на 1000 людино-років у пацієнтів з хронічними медикаментозно-резистентними епілепсіями.

ІІ. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Особливості процесу надання медичної допомоги

Епілепсія – це розлад мозкової діяльності, що характеризується стійкою схильністю до виникнення епілептичних нападів (далі – ЕН) із судомними або безсудомними симптомами, а також нейробіологічними, когнітивними, психологічними та соціальними наслідками цього стану.

За визначенням Міжнародної протиепілептичної ліги (далі ILAE), 2014, епілепсія — це хвороба головного мозку, що визначається будь-яким із таких станів:

1) не менше двох неспровокованих (або рефлекторних) нападів, що відбуваються з інтервалом більше 24 год;

2) один неспровокований (або рефлекторний) напад з ризиком рецидиву (щонайменше 60 %) у наступні 10 років. Діагноз епілепсії в даній ситуації встановлюється лише тоді, коли лікар має достатньо інформації, щоб вважати ризик виникнення наступних нападів після першого неспровокованого ≥ 60% (тобто такого ж, як і після двох неспровокованих нападів), зокрема, якщо патологічні зміни на планово виконаних електроенцефалограмах (далі - ЕЕГ) та/чи при проведенні магнітно-резонансної томографії (далі – МРТ) головного

мозку корелюють з феноменологією нападу. У випадку відсутності кореляції діагноз епілепсії встановлюють, керуючись першим критерієм, тобто наявністю двох неспровокованих нападів У клінічній діагностиці захворювання необхідно використовувати класифікацію епілепсій та епілептичних синдромів ILAE 2017 року, що наведена в додатку 1 до цього КПМД) та епілептичних нападів ILAE, 2025 року, наведеною у додатку 2 до цього КПМД);

3) встановлення синдрому епілепсії. Епілептичний синдром (далі – ЕС) – окремий тип епілепсії, притаманний переважно дитячому віку, що характеризується типовим віком дебюту, типовою комбінацією варіантів епілептичних нападів, типовими перебігом та відповіддю на терапію. Епілептичний синдром може також характеризуватися типовим патерном на ЕЕГ у міжнападовому періоді. Оновлення визначень та зміни в класифікації епілептичних синдромів, притаманних дитячому віку (ILAE, 2022) представлено у додатку 3 до цього КПМД.

Епілепсії – це гетерогенна група різних синдромів і захворювань, що мають різний прогноз і вимагають різного лікування, як терапевтичного, так і нейрохірургічного.

У ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, надається невідкладна допомога при епілептичному нападі або епілептичному статусі (далі – ЕСт), діагностуються найбільш поширені екстрацеребральні (соматогенні) причини пароксизмальних розладів.

Діагностика та лікування епілепсій здійснюється у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу:

в стаціонарних умовах - багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, лікарні відновного (реабілітаційного), планового лікування, центри паліативної допомоги, спеціалізовані медичні центри;

в амбулаторних умовах - консультативно-діагностичні підрозділи ЗОЗ, центри з медичних консультацій та діагностики (консультативно-діагностичні центри).

ІІІ. ОСНОВНА ЧАСТИНА

1. Первинна медична допомога

1) Профілактика

Положення протоколу

Проведення заходів щодо профілактики епілепсії відіграє ключову роль у попередженні та ранньому виявленні захворювання.

Інформування щодо способу життя та профілактики мають входити до завдань загального цільового консультування пацієнтів та членів його сім'ї/законних представників лікарем-педіатром/лікарем загальної практики-сімейним лікарем.

Обґрунтування

До заходів первинної профілактики відносяться рекомендації щодо способу життя, достатнього лікування та профілактика захворювань та станів, що можуть призвести до розвитку епілепсії та/або погіршення її перебігу, а саме:

уникнення факторів, що провокують порушення функцій центральної нервової системи (далі - ЦНС) (порушення режиму дня та відпочинку, порушення режиму сну);

своєчасне лікування інших захворювань та травм ЦНС, низки соматичних захворювань.

Вторинна профілактика передбачає раннє виявлення захворювання та направлення пацієнта до ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з епілепсією, для призначення оптимального лікування, своєчасного лікування інших захворювань, травм ЦНС та низки соматичних захворювань.

Необхідні дії

Обов'язкові:

наявні затверджені на рівні ЗОЗ клінічні маршрути пацієнта (далі - КМП), що координують та інтегрують медичну допомогу для виявлення з групи ризику осіб, які хворіють на епілепсію, та забезпечення своєчасного направлення до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з епілепсією;

існує задокументований індивідуальний план медичної допомоги, узгоджений з пацієнтом та членами сім'ї/законними представниками, доступний мультидисциплінарній команді та містить інформацію про діагноз пацієнта, план обстеження, лікування та спостереження;

пацієнтів та членів сім'ї/законних представників забезпечити у доступній формі інформацією щодо факторів ризику виникнення епілепсії та необхідності уникнення їх впливу, стану пацієнта, плану обстеження, лікування, подальшого спостереження та контактами для отримання додаткової інформації та консультацій;

при підозрі на епілепсію, направити пацієнта до ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з епілепсією, з метою подальшого обстеження та верифікації діагнозу.

Бажані:

провести заходи, в тому числі інформувати населення, щодо необхідності звернення до лікаря-педіатра/лікаря загальної практики-сімейного лікаря/лікаря-невролога дитячого при появі нападів (судомних або безсудомних) для ранньої діагностики захворювання.

2) Діагностика

Положення протоколу

Діагностичні заходи спрямовуються на раннє виявлення епілепсії та направлення пацієнта до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з епілепсією, з метою встановлення діагнозу та призначення спеціального лікування.

Обґрунтування

Запідозрити епілепсію може лікар будь-якої спеціалізації, який у разі виявлення підозрілих симптомів, повинен направити пацієнта до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з епілепсією. На етапі первинної медичної допомоги проводяться обстеження для виключення наявності актуальної соматичної, неврологічної патології та метаболічних порушень, які можуть супроводжуватися нападами. Поширеніші пароксизмальні

стани у дітей, які потребують диференційної діагностики з епілепсією на етапі первинної допомоги наведено у додатку 4 до цього КПМД.

Необхідні дії

Обов'язкові:

провести збір скарг та анамнезу з оцінкою обставин виникнення та клінічної картини першого та інших нападів; анамнезу життя, сімейного анамнезу (спадкова обтяженість на епілепсії та/або інші пароксизмальні розлади у рідних);

провести фізикальне обстеження пацієнта для виключення (або підтвердження) наявності соматичної патології, що могла призвести до виникнення нападів;

провести лабораторні дослідження: розгорнутий клінічний аналіз крові, визначення рівня глюкози в цільній крові або сироватці крові, та біохімічний аналіз крові (з визначенням рівню електролітів);

провести моніторинг артеріального тиску (далі - АТ) та електрокардіографію (далі - ЕКГ) у 12 відведеннях для визначення наявності/відсутності патології серцево-судинних системи, що можуть імітувати епілептичні напади;

у випадку підозри на епілепсію пацієнта необхідно направити на консультацію до лікаря-невролога дитячого.

3) Лікування

Положення протоколу

Спеціальне лікування пацієнтів з епілепсією здійснюється виключно у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з епілепсією.

Обґрунтування

Доведено, що своєчасно розпочате лікування пацієнтів з епілепсією сприяє досягненню тривалої ремісії та покращенню якості життя пацієнтів.

Необхідні дії

Обов'язкові:

контроль виконання призначень лікаря-невролога дитячого;

моніторинг можливих побічних ефектів протиепілептичної терапії;

невідкладна допомога при епілептичному нападі, серії нападів та ЕСт.

4) Подальше спостереження

Положення протоколу

Пацієнти після призначеного лікування перебувають на обліку у лікаря-педіатра/лікаря загальної практики-сімейного лікаря та лікаря-невролога дитячого, які ведуть необхідну медичну документацію та сприяють виконанню пацієнтами рекомендацій, у тому числі, виконання плану спостереження. Пацієнтам під час спостереження надається симптоматичне лікування, направлене на усунення патологічних симптомів з боку органів і систем, лікування інших захворювань та підтримку якості життя; за необхідності пацієнти направляються до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з епілепсією.

Обґрунтування

Доведено, що своєчасне виявлення рецидиву захворювання сприяє досягненню стійкої ремісії у пацієнта та покращує якість його життя. Деякі

форми психотерапії приносять користь пацієнтам з епілепсією, оскільки мають позитивний вплив на якість їх життя.

Необхідні дії

Обов'язкові:

проводити моніторинг дотримання призначеної фармакотерапії, побічних дій та ускладнень протиепілептичної терапії;

при погіршенні стану своєчасно направити пацієнта до лікаря-невролога дитячого, показання для позапланового огляду наведено в додатку 5 до цього КПМД;

своєчасне та адекватне лікування інших захворювань, травм ЦНС та соматичних захворювань;

при лікуванні коморбідних захворювань обов'язково враховувати можливий проконвульсивний ефект лікарських засобів, що призначаються, та взаємодію між ними, та протиепілептичні лікарські засоби (далі – ПЕЛЗ), які отримує пацієнт;

забезпечити психоосвітню роботу з пацієнтом та членами його сім'ї;

надати пацієнтам та їх членам сім'ї/законним представникам інформацію щодо необхідності дотримання здорового способу життя та роз'яснення особливостей лікування, суті його захворювання з акцентуванням уваги на значній ефективності лікування епілепсії (до 50-75%) та необхідності проведення періодичних обстежень;

якщо напади відновилися після періоду ремісії - терміново направити до лікаря-невролога дитячого;

пам'ятка для членів сім'ї/законних представників дітей з епілепсіями наведено в додатку 6 до цього КПМД.

2. Екстрена медична допомога

1) Діагностика

Положення протоколу

Забезпечити реанімацію та невідкладну екстрену допомогу дітям із судомним ЕСт (епілептичні напади тривають 5 хвилин і більше), що є невідкладним медичним станом, та передбачає негайне введення ПЕЛЗ.

Обґрунтування

На етапі екстреної медичної допомоги проводиться тільки обстеження для виключення інших станів (неврологічних та соматичних), що можуть призвести до пароксизмальних порушень.

Необхідні дії

Обов'язкові:

провести збір (уточнення) анамнезу: обставини виникнення нападу та/або ЕСт, фіксація тривалості нападу (серії нападів);

Надання невідкладної допомоги при тривалості нападів: для генералізованих тоніко-клонічних - більше 5 хвилин, фокальних з порушенням свідомості - більше 10 хвилин, абсансів - більше 10-15 хвилин, якщо напад розвинувся вперше або не відбулося нормалізації стану пацієнта після надання невідкладної допомоги необхідна госпіталізація;

провести збір анамнезу захворювання (наявність попередніх нападів/історії епілепсії/попередній прийом ПЕЛЗ та їх ефективність);

провести фізикальне обстеження пацієнта з оцінкою кардіореспіраторної функції;

визначити рівень глюкози в крові експрес-методом;

провести ЕКГ;

направити до стаціонару ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу;

не проводити комп'ютерну томографію (далі – КТ) у відділенні невідкладної допомоги після типових нападів пацієнтам, у яких раніше встановлено діагноз епілепсія, якщо немає інших симптомів.

2) Лікування

Положення протоколу

Лікування ЕСт та/або серійних нападів проводиться тільки в умовах ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу (за умов наявності відділення інтенсивної терапії). Пацієнтам з епілепсією при розвитку ЕСт слід дотримуватися узгодженого індивідуального плану невідкладної допомоги, який має містити детальну інформацію про призначення будь-яких лікарських засобів, хто та у яких випадках може їх застосовувати.

Обґрунтування

Бригадою екстреної медичної допомоги проводяться тільки заходи, спрямовані на переривання актуального нападу та загальні реанімвційні заходи (за потреби).

Необхідні дії

Обов’язкові:

забезпечити прохідність дихальних шляхів та, за потреби, додатковим киснем;

укласти дитину на бік для запобігання її травматизації;

проведення загальних реанімаційних заходів (за потреби);

при тривалості тоніко-клонічного нападу більше 5 хвилин – внутрішньовенно: діазепам (або лоразепам, або мідазолам), 40% розчин глюкози при неможливості визначення рівня глюкози в крові, за відсутності венозного доступу – мідазолам внутрішньом’язово;

якщо напад (серія нападів) триває більш ніж 10 хвилин: повторно ввести діазепам або лоразепам або мідазолам з урахуванням рекомендацій щодо максимально допустимих доз відповідно віку чи маси тіла пацієнта, транспортувати пацієнта до відділення інтенсивної терапії ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу;

при виникненні ускладнень лікування бензодіазепінами: аритмії, зупинки дихання, ларингоспазму, артеріальної гіпотензії, зупинки серця - лікування здійснюється відповідно до Нового клінічного протоколу «Екстрена медична допомога: догоспітальний етап», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 5 червня 2019 року № 1269.

3. Спеціалізована медична допомога

1) Діагностика

Положення протоколу

Первинна діагностика та медична допомога при епілепсіях надається у ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з епілепсіями, з подальшим спостереженням у лікаря-невролога дитячого за місцем проживання.

За наявності значущих психічних розладів обов'язково проводиться консультація лікаря-психіатра дитячого, який залучається також (за необхідності) до подальшого спостереження та лікування.

Обґрунтування

Клінічна діагностика типу епілептичних нападів, етіології і, відповідно, форми епілепсії, варіантів її перебігу проводиться з використанням глосарію термінології в епілептології, який представлений у додатку 7 до цього КПМД, з урахуванням змін термінології епілептичних нападів (ILAE, 2025), які відображені в додатку 8 до цього КПМД.

Для діагностики та диференційної діагностики епілептичних та неепілептичних пароксизмальних станів, лікар-невролог дитячий має використовувати сучасні клініко-лабораторні, нейрофізіологічні, нейровізуалізаційні методи дослідження, проводити консультації інших фахівців для виключення пароксизмальних порушень неепілептичного характеру та діагностики низки супутніх патологічних станів.

Відбір кандидатів для хірургічного лікування має здійснюватися мультидисциплінарною командою, до складу якої входять лікар-невролог дитячий, лікар з функціональної діагностики (який має додаткову спеціалізацію щодо проведення ЕЕГ), лікар-нейрохірург дитячий, клінічний психолог, лікар-психіатр дитячий - за показаннями та, за необхідності, інші фахівці.

Необхідні дії

Обов'язкові:

уточнення анамнестичних даних: (деталізація обставин виникнення та клінічної картини нападів, динаміки симптомів окремого нападу та захворювання в цілому, аналіз протиепілептичної терапії, яку отримував пацієнт за період захворювання з оцінкою її адекватності, переносимості та ефективності);

дослідження сімейного анамнезу (спадкова обтяженість на епілепсії, пароксизмальні порушення та інші генетичні захворювання);

фізикальне обстеження пацієнта для виключення екстрацеребральної патології, що могла призвести до виникнення нападів;

дослідження неврологічного статусу;

обов'язкові лабораторні дослідження: загальний аналіз крові (гемоглобін, гематокрит, лейкоцитарна формула, кількість тромбоцитів, згортання крові), загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові (далі – б/х аналіз) з визначенням рівня електролітів, глюкози, аспартатамінотрансфераза (далі – АСТ), аланінамінотрансфераза (далі – АЛТ), білірубіну, креатиніну, лужної фосфатази, білку;

дослідження за показаннями: вірусологічне та імунологічне дослідження крові та/або спинномозкової рідини, дослідження біомаркерів метаболічних порушень, генетичні дослідження, показання для проведення генетичного дослідження наведено у додатку 9 до цього КПМД, визначення концентрації

ПЕЛЗ у сироватці крові;

ЕЕГ повинна виконуватися у відповідності до мінімальних вимог ILAE, що наведено у додатку 10 до цього КПМД;

моніторингові методики ЕЕГ, зокрема, відео ЕЕГ-моніторинг, є показаними в діагностично складних випадках, з метою диференціальної діагностики епілептичних та неепілептичних нападів, уточнення характеру нападів, при цьому час та тривалість моніторингу мають відповідати клінічним особливостям захворювання. Показання та технічні вимоги до проведення тривалого відео-ЕЕГ моніторингу (далі - ТВЕМ) в умовах стаціонару ЗОЗ наведено у додатку 11 до цього КПМД);

нейровізуалізація (ядерно-магнітно-резонансна томографія головного мозку за протоколом «Епілепсія» (протокол HARNESS) з використанням апарату з напругою магнітного поля мінімум 1,5 (бажано – 3) Тесла із застосуванням тонких Е-1 мм безперервних зрізів в коронарній проекції перпендикулярно до осі гіпокампу у режимах T1WI T2WI та режим із подавленням сигналу від рідини (FLAIR) або зображення протонної щільності);

ЕКГ – з метою діагностики значущих порушень ритму серця у 12 відведеннях;

ультразвукова транскраніальна доплерографія судин голови та шиї; позитронно-емісійна томографія, однофотонна емісійна КТ (за показаннями);

консультація лікаря-офтальмолога з обов’язковим дослідженням очного дна;

консультації інших фахівців (лікаря-педіатра, лікаря-нейрохірурга, лікаря-кардіолога, лікаря-ендокринолога, лікаря-отоларинголога, клінічного психолога, лікаря- психітра, та інші), за показаннями;

після встановлення діагнозу епілепсія обов'язковою є консультація лікаря-нейрохірурга в наступних випадках:

наявність морфологічного вогнища при проведенні томографії у пацієнтів в дебюті епілепсії;

негативна динаміка морфологічного вогнища при проведенні повторного нейровізуалізаційного дослідження у пацієнтів з довготривалою епілепсією;

при фармакорезистентності епілепсії консультацію має проводити лікар-нейрохірург із досвідом лікування фармакорезистентної епілепсії.

2) Лікування

Положення протоколу

Лікування епілепсій проводиться лікарем-неврологом дитячим. Лікування може призначатися як в амбулаторних умовах (поліклініка, діагностичні центри), так і в умовах стаціонару за наявності відповідних показань. Ефективність лікування епілепсій оцінюється, в першу чергу, ступенем зменшення частоти нападів у пацієнтів та позитивній динаміці при ЕЕГ-дослідженні, адже метою терапії епілепсій є досягнення контролю нападів шляхом призначення одного або декількох ПЕЛЗ без розвитку їх побічних ефектів.

Обґрунтування

При неможливості досягти контролю епілептичних нападів необхідно прагнути до максимально можливого скорочення їх частоти з мінімальною

кількістю побічних дій ПЕЛЗ. Крім частоти нападів, необхідно також враховувати їх тяжкість та наявність супутніх проявів епілепсії. Лікування має бути довготривалим, безперервним, і має враховувати індивідуальні особливості пацієнта, зокрема в дитячому (особливо ранньому) віці суттєве значення має вибір форми лікарського засобу. Дози ПЕЛЗ в дитячому віці при стабільному перебігу захворювання мають переглядатися: не рідше 1 разу для дітей до 2 років, щонайменше 1 раз на 6 місяців для дітей від 2 до 12 років, та 1 раз на 6-12 місяців для дітей після 12 років, зокрема у зв'язку із зміною ваги дитини.

Вибір стартової терапії ПЕЛЗ залежить від виду епілепсії, типу нападів, віку, статі, ваги дитини, супутніх соматичних, неврологічних та психічних розладів.

При неефективності стартової терапії – подальший підбір ПЕЛЗ (мінімум 2 спроби в монотерапії). При відсутності ефекту лікування за допомогою монотерапії призначається дуотерапія з урахуванням фармакокінетичних взаємодій та доведених ефективних комбінацій протиепілептичних лікарських засобів. При встановленні причини захворювання проводиться перегляд та при необхідності оптимізація тактики ведення пацієнта. Коморбідні стани потребують проведення симптоматичної терапії, консульування інших спеціалістів за показаннями. Зокрема за наявності у дитини когнітивних, особистісних, поведінкових розладів обов'язковою є консультація лікаря-психіатра дитячого і відпрацювання узгодженої схеми лікування. Можливість застосування немедикаментозних методів лікування епілепсії, зокрема призначення дієтотерапії (кетогенної дієти), визначення кандидаства до хірургічного втручання розглядається при фармакорезистентних формах епілепсії фахівцями з відповідною підготовкою. Заходи комплексної корекції когнітивних та особистісних розладів проводяться за участю дитячих лікарів-психологів, клінічних психологів та педагогів.

Показаннями для стаціонарного лікування дитини з епілепсією є:

дебют епілептичних нападів або невизначених пароксизмальних станів, частота й тяжкість яких є загрозливою для пацієнта;

значне почастішання епілептичних нападів або посилення їх тяжкості, визначення показань до нейрохірургічного лікування,

ускладнення протиепілептичної терапії,

розвиток психічних розладів,

розвиток епілептичного статусу.

Розвиток епілептичного статусу є показанням для екстреної госпіталізації пацієнта в стаціонарне відділення ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу (з наявністю палати інтенсивної терапії або реанімаційного відділення). Обов'язково слід враховувати, що безсудомні напади можуть імітувати кому.

Час тривалості, коли необхідно починати екстрену терапію ЕСт залежить від його типу: при тоніко-клонічному ЕСт – 5 хвилин, при фокальному ЕСт з порушенням свідомості – 10 хвилин, при ЕСт абсансів – 10-15 хвилин.

Серед причин ЕСт найчастішими є фебрильні судоми та ускладнення перебігу раніше діагностованої епілепсії. Серед інших причин: інфекції ЦНС,

гіпонатріємія, гіпоглікемія, травма голови (гостра або попередня), церебральні судинні порушення (інфаркт або кровотеча), об'ємні утворення головного мозку, блокування вентрикулоперитонеального шунта, гіпоксично-ішемічне ураження, отруєння; вроджені порушення метаболізму.

Комплекс інтенсивної терапії ЕСт здійснюється у відповідності до протоколів надання реанімаційної допомоги.

Базові принципи нейрохірургічного лікування епілепсій наведено в додатку 12 до цього КПМД.

Необхідні дії

Обов'язкові:

фаза стабілізації ЕСт (0-5 хвилин):

необхідно стабілізувати стан пацієнта: відновити прохідність дихальних шляхів, дихання і кровообіг;

визначити час початку нападу, провести моніторинг життєво важливих показників (ЕЕГ, АТ, частота серцевих скорочень, температура тіла);

визначити рівень глюкози, при ≤60 мг/дл вводиться 40% розчин глюкози ;

провести дослідження електролітного профілю крові, загальний аналіз крові, печінкові та ренальні функціональні тести;

старт першої лінії терапії (напад довше 5 хв): діазепам (або лоразепам, або мідазолам) внутрішньовенно;

якщо напад/напади тривають: старт другої лінії терапії (напад довше 15 хвилин) вальпроєва кислота (за умови відсутності протипоказань) – навантажувальна доза, з наступним переглядом підтримуючої терапії;

якщо напад/напади тривають: старт третьої лінії терапії (більше 30 хвилин, рефрактерний ЕСт, допомога надається у відділенні інтенсивної терапії (далі - ВІТ): переведення на штучну вентиляцію легень із застосуванням лікувального наркозу (пропофол, тіопентал, мідазолам);

за потреби, профілактика та лікування кардіореспіраторних, вегетативних, метаболічних і системних ускладнень здійснюється відповідно до Стандарту медичної допомоги серцево-легенева реанімація у дітей (базові та розширені заходи), затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 липня 2024 року № 1259;

детальна класифікація ЕСт та алгоритм його лікування наведено в додатку 13 до цього КПМД.

3) Подальше спостереження

Положення протоколу

При виписці зі стаціонару надаються чіткі рекомендації зі спостереження лікарям, які надають первинну медичну допомогу, чітка і зрозуміла для пацієнта та його родичів схема довготривалого прийому ПЕЛЗ (із зазначенням назви лікарського засобу, дози і кратності прийому), а також схема прийому інших лікарських засобів. Пацієнт направляється для спостереження до лікаря-невролога дитячого. Надаються соціальні поради та рекомендації по навчанню. Рекомендується обов'язкове ведення пацієнтами та батьками/опікунами щоденника нападів та стану здоров'я.

Обґрунтування

Пацієнти з епілепсіями потребують спостереження дитячим лікарем-неврологом ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу. Для дітей до 12 років максимальний інтервал між оглядами має складати 2 рази на 1 рік, для підлітків – 1 раз на рік, втім частота оглядів має визначатися особливостями перебігу епілепсії з урахуванням перебігу супутніх захворювань та побажань пацієнта, а також побажань сім'ї та/або осіб, що ними опікуються. Лікування має регулярно переглядатися для забезпечення своєчасної зміни терапії, яка є недостатньо ефективною або погано переноситься хворим; за погодженням з пацієнтом та/або особами, що ним опікуються.

Необхідні дії

Обов'язкові:

забезпечити контроль за:

дотриманням режиму прийому ПЕЛЗ, пов'язаних з довгостроковими побічними ефектами або лікарськими взаємодіями;

запобіганням чинників, що провокують епілептичні напади (вживання наркотичних та психоактивних речовин, дотримання режиму сну).

Забезпечити регулярні моніторингові огляди пацієнтів з епілепсією та супутніми когнітивними порушеннями (нездатність до навчання, складні психосоціальні, когнітивні або психічні проблеми);

проводити моніторинг рівня ПЕЛЗ у пацієнтів з епілепсією та будь-яким із наведених нижче станів: неконтрольовані напади, побічні ефекти від ПЕЛЗ;

спостереження повинно включати контроль побічних ефектів, а також обговорення з пацієнтом, сім'єю та/або особами, які ним опікуються, подальшого плану лікування для забезпечення адекватності лікування та прихильності до терапії;

при огляді дітям, підліткам, сім'ї та/або особам, які ними опікуються, повинна надаватися інформація про письмові та візуальні джерела інформації, консультативні послуги, волонтерські організації, що спеціалізуються на епілепсіях;

забезпечити контроль зі сторони пацієнта або його законних представників за регулярністю прийому ПЕЛЗ та частотою нападів.

Бажані:

з пацієнтом та його законними представниками проводити психоосвітню роботу, когнітивно-поведінкову та інші форми психотерапії.

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Діагностика

Дебют хвороби (підозра на епілепсію, первинна діагностика), поновлення нападів після ремісії.

Первинна медична допомога (далі – МД): обов'язкові дослідження – збір анамнезу, клінічне обстеження, вимірювання АТ, загальний аналіз крові, визначення рівня глюкози в крові, ЕКГ, направлення до лікаря ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу.

Спеціалізована МД, амбулаторний етап

Проводяться обов'язкові дослідження - збір анамнезу, клінічне неврологічне обстеження лікарем-неврологом дитячим, лабораторна діагностика (загальний аналіз сечі, б/х аналіз крові з визначенням: рівня кальцію, АСТ, АЛТ, білірубіну, креатиніну, лужної фосфатази, електролітів, білку, сечовини, амілази); ЕЕГ; магнітно-резонансної томографії (далі – МРТ); за показаннями: визначення вмісту ПЕЛЗ у крові, генетичні, вірусологічні, імунологічні дослідження, консультація дитячого лікаря-психіатра, лікаря-офтальмолога, лікаря-ендокринолога, лікаря-нейрохірурга, лікаря-генетика або інших.

Як тільки встановлена епілептична природа нападів необхідно обрати та призначити протиепілептичний лікарський засіб (далі – ПЕЛЗ)

Лікування: підбір, початок/корекція медикаментозного лікування. Контроль ефективності лікування. При наявності показань за результатами обстеження на амбулаторному етапі – госпіталізація (значне почастішання нападів і/або посилення їх тяжкості, наявність тяжких неврологічних і/або соматичних захворювань, вагітність, наявність в неврологічному статусі симптоматики і/або клінічно значущих психічних порушень, неефективність протиепілептичного лікування, клінічно значущі відхилення в результатах лабораторних досліджень, побічні дії ПЕЛЗ, наявність при нейровізуалізації патологічних змін, що можуть потребувати нейрохірургічного втручання, актуальна гостра неврологічна патологія, що могла викликати напад: енцефаліт, менінгіт, гостра енцефалопатія, черепно-мозкова травма (далі – ЧМТ), електролітні порушення, гострий мозковий інсульт, прийом або відміна психотропних речовин та ін.).

Спеціалізована МД, стаціонарний етап: тривалий моніторинг: АТ, ЕКГ, ЕЕГ-моніторинг, МРТ дослідження на апараті з напругою магнітного поля не менше 1,5 (бажано – 3) Тесла, за показаннями: ультразвукове транскраніальне допплерографічне дослідження, МРТ в ангіографічному режимі, отоневрологічне обстеження, поглиблене ендокринологічне обстеження, психологічне і психодіагностичне (патопсихологічне, нейропсихологічне) обстеження. **Лікування:** підбір, початок/корекція медикаментозного лікування. Контроль ефективності лікування.

2. Стан стійкої ремісії

Первинна МД: психоосвітня робота з пацієнтом та його родичами; формування прихильності до лікування, контроль виконання призначень лікаря-невролога дитячого.

Спеціалізована МД: динамічне спостереження (2 рази за рік): клінічна діагностика, обов'язкові методи дослідження (лабораторна діагностика – 1 раз на 6 місяців: 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. ЕЕГ обстеження не рідше 1 раз на 6 місяців. МРТ головного мозку (за показаннями); консультація лікаря-невролога дитячого 1 раз на 6 місяців; консультація лікаря-нейрохірурга при візуалізації морфологічного вогнища в дебюті епілепсії; динаміці морфологічного вогнища при проведенні повторних МРТ/КТ досліджень у

пацієнтів з довготривалою епілепсією, резистентною до лікування; корекція підтримуючої терапії; моніторинг побічних дій лікарських засобів та профілактика ускладнень фармакотерапії; визначення вмісту ПЕЛЗ у крові (при неефективності терапії, при появі клінічно значущих побічних дій ПЕЛЗ, при вагітності та плануванні вагітності – обов'язково; бажано – при переході на іншу комерційну форму лікарського засобу, значній зміні маси тіла, при переході на політерапію, приєднанні коморбідного захворювання); рекомендації щодо режиму та поведінки.

Додатково, за наявністю показань, проводиться консультування іншими фахівцями.

3. Фармакорезистентна епілепсія

Первинна МД: збір анамнезу, клінічне обстеження, спрямування до лікаря ЗОЗ, що надає спеціалізовану МД.

Спеціалізована МД, амбулаторний етап: збір анамнезу, клінічне неврологічне обстеження, ЕЕГ, МРТ (за епіпротоколом), за показаннями: проведення позитронно-емісійної томографії (ПЕТ), однофотонної емісійної комп'ютерної томографії ОФЕКТ, визначення вмісту ПЕЛЗ в крові (за показаннями). Консультація лікаря-нейрохірурга (за показаннями).

Лікування: корекція лікування ПЕЛЗ. Визначення показань до стаціонарного лікування: розвиток ЕСт або серії нападів; значне почастішання епілептичних нападів, або збільшення їх тяжкості, розвиток серйозних ускладнень протиепілептичної терапії; розвиток психотичної симптоматики; розвиток «особливих станів свідомості», розвиток та прогресування непсихотичних психічних синдромів – когнітивних порушень, депресії, тривожного розладу тощо). Визначення показань до нейрохірургічного лікування – прогресуючий перебіг захворювання, зростаюча частота і тяжкість епілептичних нападів, прогресуючі психічні розлади; наявність вогнищевого структурного ураження головного мозку різного ґенезу.

4. Ускладнення протиепілептичної терапії

Первинна МД – надання невідкладної допомоги (за потребою), скерування у ЗОЗ, що надає спеціалізовану МД.

Спеціалізована МД. Амбулаторний етап – оцінка тяжкості ускладнень, корекція схеми ПЕЛЗ, за необхідності – проведення стаціонарного лікування.

Стаціонарний етап – госпіталізація показана при тяжких та подовжених симптомах ускладнень протиепілептичної терапії.

5. Епілептичний статус

Первинна МД, спеціалізована МД. Амбулаторний етап: екстрена медична допомога на догоспітальному етапі; екстрена госпіталізація у стаціонар ЗОЗ, що надає спеціалізовану МД до ВІТ.

Спеціалізована МД –ВІТ.

Лікування: комплекс інтенсивної терапії у відповідності до протоколів надання реанімаційної допомоги згідно із Стандартом медичної допомоги серцево-легенева реанімація у дітей (базові та розширені заходи) та Новим клінічним протокол «Екстренна медична допомога: догоспітальний етап».

Визначення показань до подальшого лікування у стаціонарі ЗОЗ, що надає спеціалізовану МД, при цьому показаннями є: розвиток ЕСт у пацієнта без епілепсії в анамнезі, невстановлена причина ЕСт, тривалість нападу більше 30 хвилин, неможливість проведення адекватних реанімаційних заходів, доцільність подальшого нейрохірургічного лікування.

Загальні рекомендації щодо терапії дітей з епілепсіями

Всі діти та підлітки з підозрюваним нападом, що трапився нещодавно, мають бути терміново оглянуті дитячим лікарем-неврологом та мати докладний план обстеження, лікування та спостереження, узгоджений між пацієнтом, його сім'єю та/або особою, які здійснюють догляд за пацієнтом, залежно від ситуації, та медичними працівниками різних етапів надання медичної допомоги.

Рішення про призначення ПЕЛЗ потребує впевненості в тому, що у пацієнта мають місце саме епілептичні напади.

Наявність у пацієнта ЕН є підставою для початку лікування ПЕЛЗ.

Якщо у пацієнта встановлений етіологічний чинник епілепсії (при симптоматичних формах), необхідно спрямувати зусилля на усунення дії цього чинника. Для цього використовуються як терапевтичні, так і хірургічні заходи (за наявності показань), причому таке лікування може бути проведено навіть при ефективності ПЕЛЗ. Пошук етіології епілепсії не повинен припинятися після початку лікування ПЕЛЗ, навіть у разі його успішності.

При розвитку епілептичного нападу на фоні гострої патології ЦНС діагноз епілепсії не встановлюється. В таких випадках, згідно рекомендацій, діагностується гострий симптоматичний епілептичний напад (далі - ГСЕН). ГСЕН – це епілептичний напад, який виникає під час системного патологічного стану або в чіткій часовій кореляції із задокументованим мозковим захворюванням. ГСЕН в межах 1 тижня після інсульту, ЧМТ, аноксичної енцефалопатії або інтракраніального хірургічного втручання, при субдуральній гематомі, в активній фазі інфекції ЦНС, за наявності тяжких метаболічних порушень, підтверджених специфічними біохімічними та гематологічними аналізами в межах 24 годин, при алкогольній або іншій інтоксикації психоактивними речовинами (або припиненні вживання цих речовин), медикаментозному лікуванні засобами з проконвульсивною дією.

Розвиток лише одного епілептичного нападу робить необхідним виконання вищеописаних діагностичних заходів і потребує диференційованого підходу до початку лікування ПЕЛЗ.

Призначення ПЕЛЗ після першого неспровокованого нападу слід розглянути, якщо існує ризик рецидиву (щонайменше 60%) у наступні 10 років, а саме:

у пацієнта наявний неврологічний дефіцит;

дані ЕЕГ однозначно демонструють стійку епілептиформну активність;

пацієнт, члени його родини або опікуни вважають ризик повторних нападів низьким;

при нейровізуалізації виявлені структурні зміни головного мозку;

захворювання дебютувало з ЕС;

клінічна картина нападу свідчить про високу вірогідність форми епілепсії з несприятливим перебігом.

ПЕЛЗ першої лінії обирається в залежності від типу нападів, етіології епілепсії, наявності притаманного дитячому віку синдрому епілепсії, на вибір лікарського засобу впливають також чинники:

1) пов'язані з лікарським засобом:
   дозозалежні побічні ефекти;
   ідіосинкратичні побічні ефекти;
   хронічні токсичні ефекти;
   терато- та канцерогенність;
   фармакокінетика;
   форма випуску;
2) пов'язані з пацієнтом:
   стать;
   вік;
   супутні захворювання;
   супутня терапія;
   розлади ковтання;
3) обумовлені місцем проживання: безперервна доступність лікарського засобу в аптеці за місцем проживання пацієнта.

Дозу обраного ПЕЛЗ поступово підвищують (в межах рекомендованих терапевтичних доз) до досягнення контролю нападів або виникнення побічних ефектів. Тривалість та темп титрування ПЕЛЗ визначається властивостями ПЕЛЗ та частотою і тяжкістю нападів. У випадку частих нападів для стартової терапії обирають лікарський засіб зі швидким титруванням.

При неефективності першого ПЕЛЗ в якості монотерапії (в максимальній терапевтичній дозі), призначають інший лікарський засіб першої лінії вибору у вигляді монотерапії. Для цього другий лікарський засіб доводять до терапевтичної дози і лише потім поступово відміняється перший неефективний ПЕЛЗ. Якщо у пацієнта при першій монотерапії частота та тяжкість нападів суттєво знижує якість соціального функціонування, то можливий перехід на лікування відразу двома ПЕЛЗ.

При неефективності монотерапії другим ПЕЛЗ переходять на терапію двома ПЕЛЗ. З лікарських засобів, що вже призначались, обирають той, який був більш ефективним і краще переноситься пацієнтом. До нього додають лікарський засіб 1-ї або 2-ї лінії вибору, можлива комбінація раніше призначених ПЕЛЗ, або одного з них, з будь-яким лікарським засобом 1-ї або 2-ї лінії вибору з урахуванням їх фармакокінетичних і фармакодинамічних взаємодій.

Діти та підлітки мають більш високий ризик невдачі терапії при заміні ПЕЛЗ (бренду на генерик, генерика на генерик) і вимагають більш обережного і ретельно зваженого підходу, з визначенням концентрації лікарського засобу в крові (за потреби).

Інформацію щодо причин, з яких розглядається можливість проведення хірургічного втручання, слід надати дітям, підліткам та членам їх родин та/або особам, які ними опікуються. Діагностика та лікування епілепсії повинні

переглядатися у підлітковому віці.

Питання щодо тривалості терапії ПЕЛЗ вирішується індивідуально, але питання щодо скасування ПЕЛЗ може розглядатися не раніше, ніж після двох років відсутності нападів.

Подальше спостереження за дітьми з епілепсіями

Консультація лікаря-невролога дитячого – залежно від частоти та тяжкості нападів, форми епілепсії, супутньої патології, ПЕЛЗ, які приймає дитина, в ремісії – 1раз на рік.

ЕЕГ обстеження – частота проведення, вид ЕЕГ визначається індивідуально в ремісії рекомендовано проводити 1 раз на рік.

Лабораторна діагностика 1 раз на 6-12 місяців, за необхідності – частіше (в залежності від ПЕЛЗ та особливостей пацієнта).

Обов'язкові дослідження

Аналіз крові клінічний – гемоглобін, гематокрит, лейкоцитарна формула, кількість тромбоцитів, час згортання крові.

Аналіз сечі клінічний – білок, глюкоза, мікроскопія.

Біохімічний аналіз крові – електроліти, білок, сечовина, білірубін, трансаміназа, лужна фосфатаза, креатинін.

Контроль з боку батьків або опікуна за частотою нападів, ведення щоденника нападів та їх відеореєстрація (якщо можливо).

Контроль з боку батьків або опікуна за регулярністю прийому ПЕЛЗ.

Можливість швидкого звернення за медичною допомогою у разі погіршення стану здоров'я.

Протиепілептична терапія при різних типах епілептичних нападів:

1) генералізовані тоніко-клонічні напади

ПЕЛЗ 1 лінії: ламотриджин, леветирацетам, вальпроєва кислота (з урахуванням передбачених обмежень та протипоказань щодо застосування). Додаткова терапія першої лінії: ламотриджин, леветирацетам, топірамат, вальпроєва кислота (з урахуванням передбачених обмежень та протипоказань щодо застосування).

Додаткова терапія другої лінії: лакозамід, фенобарбітал, зонісамід,

2) тонічні або атонічні напади

ПЕЛЗ 1 лінії: вальпроєва кислота, ламотриджин.

Додаткова терапія першої лінії: ламотриджин, вальпроєва кислота.

Додаткова терапія другої лінії: топірамат.

N.B.! Не рекомендовані, можуть погіршити перебіг: вігабатрин, габапентин, карбамазепін, окскарбазепін, прегабалін.

3) абсанси

ПЕЛЗ 1 лінії: вальпроєва кислота, ламотриджин, леветирацетам.

Додаткова терапія першої лінії: вальпроєва кислота, ламотриджин, леветирацетам.

N.B.! Не рекомендовані, можуть погіршити перебіг: вігабатрин, габапентин, карбамазепін, окскарбазепін, фенобарбітал, фенітоїн.

4) абсанси з іншими типами нападів

ПЕЛЗ 1 лінії: вальпроєва кислота, ламотриджин, леветирацетам.

Додаткова терапія: вальпроєва кислота, ламотриджин, леветирацетам.

N.B.! Не рекомендовані, можуть погіршити перебіг: вігабатрин, габапентин, карбамазепін, окскарбазепін, фенобарбітал, фенітоїн.

5) міоклонічні напади

ПЕЛЗ 1 лінії: вальпроєва кислота, леветирацетам.

Додаткова терапія першої лінії: вальпроєва кислота, леветирацетам.

Додаткова терапія другої лінії: клоназепам, ламотриджин (з обережністю), фенобарбітал, топірамат, зонісамід.

N.B.! Не рекомендовані, можуть погіршити перебіг: ламотриджин в деяких випадках може посилювати міоклонічні напади, вігабатрин, габапентин, карбамазепін, окскарбазепін, фенітоїн.

6) фокальні напади з переходом у двобічні тоніко-клонічні або без нього

ПЕЛЗ 1 лінії: леветирацетам, ламотриджин.

ПЕЛЗ другої лінії: карбамазепін, окскарбазепін, зонісамід.

ПЕЛЗ третьої лінії: лакосамід.

Додаткова терапія першої лінії: карабамазепін, лакосамід, ламотриджин, леветирацетам, окскарбазепін, топірамат, зонісамід.

Додаткова терапія третьої лінії: вальпроєва кислота, фенобарбітал, фенітоїн, вігабатрин.

Якщо ПЕЛЗ першої лінії є неефективним, розглянути один з варіантів монотерапії другої лінії, якщо монотерапія ПЕЛЗ другої лінії є неефективною, розглянути монотерапію третьої лінії.

Якщо монотерапія є неефективною, розглянути один з варіантів додаткової терапії першої лінії. Якщо спроби додаткової терапії першої лінії є неефективними, розглянути один з варіантів додаткової терапії другої лінії. Якщо спроби додаткової терапії другої лінії є неефективними, розглянути один з варіантів додаткової терапії третьої лінії.

Протиепілептична терапія форм епілепсій, притаманних дитячому віку:

1) синдром Драве

ПЕЛЗ 1 лінії: вальпроєва кислота.

Якщо вальпроєва кислота в монотерапії є неефективною рекомендовано застосування вальпроєвої кислоти в комбінації із стирипентолом.

ПЕЛЗ 2 лінії: лікарські засоби з рослинної субстанції Cannabis sativa L., що містять канабідіол.

Може бути застосований один з наступних варіантів: кетогенна дієта, леветірацетам, топірамат.

N.B.! Не рекомендовані, можуть погіршити перебіг: карбамазепін, габапентин, лакосамід , ламотриджин, окскарбазепін, фенобарбітал, вігабатрин.

Одночасне застосування вальпроєвої кислоти та топірамату підвищує ризик рзвитку енцефалопатії.

2) синдром Леннокса-Гасто

ПЕЛЗ 1 лінії: вальпроєва кислота.

ПЕЛЗ 2 лінії: ламотриджин – як друга лінія монотерапії або додаткове лікування.

ПЕЛЗ 3 лінії: топірамат, лікарські засоби з рослинної субстанції Cannabis sativa L., що містять канабідіол. Додатково: кетогенна дієта, хірургічне втручання - стимуляція блукаючого нерву, кальозотомія.

3) епілепсія з міоклонічними та атонічними нападами (Синдром Дузе)

ПЕЛЗ 1 лінії: леветирацетам, вальпроєва кислота.

Друга лінія терапії: кетогенна дієта як монотерапія другої лінії або додаткове лікування.

ПЕЛЗ 3 лінії: зонісамід, топірамат.

Стимуляція блукаючого нерву у рефрактерних випадках.

N.B.! Не рекомендовані, можуть погіршити перебіг: карбамазепін, габапентин, окскарбазепін, фенітоїн, прегабалін, вігабатрин.

4) синдром інфантильних спазмів

ПЕЛЗ 1 лінії: комбінована терапія високими дозами перорального преднізолону та вігабатрину (при інфантильних спазмах, що не спричинені туберозним склерозом). Тільки вігабатрин (при інфантильних спазмах, викликаних туберозним склерозом), якщо вігабатрин неефективний через 1 тиждень, додати високу дозу перорального преднізолону.

Друга лінія терапії: кетогенна дієта, леветирацетам, вальпроєва кислота, топірамат – як монотерапія другої лінії або додаткове лікування.

Застереження

Перед лікуванням

Не проводити вакцинацію живими вакцинами впродовж 4 тижнів (щонайменше двох тижнів) до та 8 тижнів після гормональної терапії (ризик серйозних ускладнень через ослаблені вакцинальні віруси).

Інактивовані вакцини можна вводити до 1 тижня до початку терапії та знову розпочинати через 1 тиждень після терапії. Під час гормональної терапії вакцинація інактивованими вакцинами можлива, але імунна відповідь може бути обмеженою.

Обов'язкові дослідження: МРТ головного мозку (якщо ще не проведено), фізикальне обстеження, вимірювання АТ, аналіз крові, рівень цукру в крові, електроліти сироватки, тести на функцію печінки та нирок, ЕКГ.

Під час лікування

Забезпечити можливість захисту шлунка.

Раннє та відповідне призначення антибактеріальних лікарських засобів у разі інфекції.

Профілактика зараження вітряною віспою. Після зараження вітряною віспою – аналіз крові на титри імуноглобуліну G (далі - IgG) до вітряної віспи та пасивна імунізація (впродовж 72 годин після зараження) без очікування результатів аналізу крові.

Регулярний фізичний огляд, ЕКГ у разі гіпертонії та клінічних симптомів, вимірювання АТ спочатку раз на тиждень, а після 4 тижнів — двічі на тиждень, вимірювання рівня цукру в крові щотижня.

Самообмежена епілепсія з центротемпоральними спайками

ПЕЛЗ 1 лінії: ламотриджин, леветирацетам.

ПЕЛЗ 2 лінії: карбамазепін, окскарбазепін, зонісамід.

N.B.! В поодиноких випадках карбамазепін, окскарбазепін та ламотриджин можуть посилювати напади, розвиток іншого епілептичного синдрому або впливати на когнітивні функції у пацієнтів з самообмеженою епілепсією з центротемпоральними спайками.

Фебрильні судоми

Необхідно виключити гостру інфекційну патологію. Необхідно пам'ятати про можливість дебюту синдрому Драве.

Прості ПЕЛЗ для довготривалого лікування не призначаються; при підвищенні температури тіла призначаються жарознижуючі лікарські засоби, при тривалих судомах (більше 10 хвилин) – бензодіазепіни.

Комплексні ПЕЛЗ (за наявності несприятливих ознак перебігу) призначаються для довготривалого лікування у дітей раннього віку – барбітурати, в більш старшому віці – леветирацетам. При підвищенні температури тіла – тактика така ж, як при простих фебрильних судомах.

При спостереженні необхідно рекомендувати батькам при підвишенні температури тіла якнайшвидше застосовувати жарознижувальні лікарські засоби.

Застереження, які слід врахувати при призначенні протиепілептичних лікарських засобів.

Вальпроєву кислоту не призначають вперше підліткам чоловічої та жіночої статі без погодження двох незалежних фахівців, які підтвердять, що немає іншого ефективного та переносимого лікування, або є вагомі докази того, що немає репродуктивних ризиків.

Використовуйте вальпроєву кислоту у дівчат репродуктивного віку, яким, ймовірно, знадобиться лікування, коли вони будуть достатньо дорослими, щоб мати дітей, тільки якщо: інші варіанти лікування неефективні, ризики та переваги були повністю обговорені, включаючи ризики для ненародженої дитини, була врахована ймовірність вагітності.

Поясність підліткам, що ефективна контрацепція рекомендується впродовж всього періоду лікування вальпроєвою кислотою та впродовж 3 місяців після припинення прийому вальпроєвої кислоти. проконсультуйте підлітків чоловічої статі, які приймають вальпроєву кислоту та планують стати батьками впродовж наступного року, щодо потенційних ризиків для фертильності та варіантів лікування.

Не використовуйте топірамат у дівчат дітородного віку, якщо вони не виконують умови запобігання вагітності

Прийом топірамату під час вагітності може збільшити ризик у дитини вроджених вад розвитку, низької ваги при народженні, розладів аутистичного спектру та синдрому дефіциту уваги та гіперактивності.

Перш ніж розпочинати або продовжувати лікування лікарськими засобами, пов'язаними із залежністю або симптомами відміни, переконайтеся, що з пацієнтом та/або батьками (опікунами) обговорено та запропоновано всі відповідні варіанти лікування.

Приймаючи рішення щодо призначення лікарських засобів, визначте, чи існують якісь фактори, що можуть збільшити ризик розвитку у пацієнта проблем,

пов’язаних із залежністю, поясніть та обговоріть ризик з пацієнтом та/або батьками (опікунами). Фактори, що можуть збільшити ризик, включають: супутній діагноз психічного розладу, історію зловживання алкоголем або наркотичними засобами, відсутність чіткого, визначеного діагнозу для підтвердження призначення лікування.

Під час першого обговорення призначення лікарських засобів надайте пацієнту та /або батькам (опікунам) інформацію та поради (у бажаному для них форматі), щоб допомогти збалансувати потенційну користь від лікарських засобів та інших варіантів лікування з ризиком довгострокових наслідків.

Розгляньте можливість відтермінування призначення лікарських засобів, якщо пацієнту та/або батькам (опікунам) потрібно більше часу, щоб обміркувати варіанти, або лікарю, який призначає лікарські засоби, потрібно проконсультуватися з іншими членами медичної команди.

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ КПМД

На момент затвердження цього КПМД засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні КМП необхідно перевіряти реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, що включаються до КМП, та відповідність призначення лікарських засобів інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій МОЗ України. Державний реєстр лікарських засобів України розташований за посиланням: http://www.drlz.com.ua/.

1. Первинна медична допомога

Кадрові ресурси: лікарі загальної практики-сімейні лікарі/лікарі-педіатри, медичні сестри.

Матеріально-технічне забезпечення: оснащення відповідно до табелів матеріально-технічного оснащення.

Лікарські засоби (послідовність не визначає порядок призначення):

ПЕЛЗ першої та другої лінії, лікарські засоби дезінтоксикаційної дії, розчини осмотичних діуретиків, снодійні лікарські засоби.

2. Екстрена медична допомога

Кадрові ресурси: бригади екстреної медичної допомоги.

Матеріально-технічне забезпечення: оснащення відповідно до табелів матеріально-технічного оснащення.

Лікарські засоби (послідовність не визначає порядок призначення): діазепам, розчин глюкози, магнію сульфат, вальпроєва кислота.

3. Спеціалізована медична допомога

Кадрові ресурси: лікар-невролог дитячий, лікар-психіатр дитячий, лікар-психофізіолог, лікар-радіолог, лікар-ендокринолог дитячий, лікар-генетик, лікар-анестезіолог дитячий, лікар з функціональної діагностики, лікар-психолог, клінічний психолог.

Матеріально-технічне забезпечення: оснащення відповідно до табелів матеріально-технічного оснащення.

Лікарські засоби (послідовність не визначає порядок призначення): ПЕЛЗ першої та другої лінії, антипсихотичні лікарські засоби, антидепресанти,

анксіолітики, засоби, що мають антиконвульсивну, протинабрякову, десенсибілізуючу та дезінтоксикуючу дію; розчини осмотичних діуретиків, снодійні; засоби, що застосовуються у лікуванні тривожних розладів; гормональні, глюкокортикоїди, барбітурати, неінгаляційні та інгаляційні анестетики, антиконвульсанти, інгібітори зворотного захоплення серотоніну, протигістамінні лікарські засоби.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1) наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря/лікаря-педіатра КМП з епілепсією;

2) наявність у лікаря-невролога дитячого КМП з епілепсією;

3) відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію щодо медичного стану впродовж звітного періоду;

4) відсоток пацієнтів, які пройшли МРТ дослідження впродовж звітного періоду.

2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1) Наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря/лікаря-педіатра КМП з епілепсією.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього КПМД.

Бажаний рівень значення індикатора:

2026 рік – 90%

2027 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями загальної практики-сімейними лікарями/лікарями-педіатрами ЗОЗ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів загальної практики-сімейних лікарів/лікарів-педіатрів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів/лікарів-педіатрів, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості лікарів загальної практики-сімейних лікарів/лікарів-педіатрів, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів/лікарів-педіатрів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з епілепсією.

Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем загальної практики-сімейним лікарем/лікарем-педіатром.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2) Наявність у лікаря-невролога дитячого КМП з епілепсією.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього КПМД.

Бажаний рівень значення індикатора:

2026 рік – 90%

2027 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями-неврологами дитячими ЗОЗ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів-неврологів дитячих ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів-неврологів дитячих ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості лікарів-неврологів дитячих ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів-неврологів дитячих ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з епілепсією. Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем-неврологом дитячим.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

3) Відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію щодо медичного стану впродовж звітного періоду.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього КПМД.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора. Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження КПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: інформаційно-аналітичні відділи ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з епілепсією, розташованих на території обслуговування.

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з епілепсією, розташованих на території обслуговування до структурних підрозділів з питань охорони здоров’я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з епілепсією, зареєстрованих на території обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів з епілепсією, а також тих з них, для яких наведена інформація про медичний стан пацієнта впродовж звітного періоду. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з діагнозом епілепсія, для яких отримано інформацію щодо медичного стану впродовж звітного періоду на території обслуговування.

Джерелом інформації є: форма № 025/0, форма № 003/о, форма № 027/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з діагнозом епілепсія, для яких отримано інформацію щодо медичного стану впродовж звітного періоду на території обслуговування, для яких задокументований факт із зазначенням відсутності або наявності рецидивів захворювання або проявів його прогресування.

Джерелом інформації є: форма № 025/0, форма № 003/о, форма № 027/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

4) Відсоток пацієнтів, які пройшли МРТ дослідження впродовж звітного періоду.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього КПМД.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора. Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження КПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: інформаційно-аналітичні відділи ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з епілепсією, розташованих на території обслуговування.

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану та високоспеціалізовану неврологічну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з епілепсією, зареєстрованих на території обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів з епілепсією, які пройшли МРТ дослідження для уточнення діагнозу та подальшого ведення пацієнта впродовж звітного періоду. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з епілепсією, зареєстрованих впродовж звітного періоду на території обслуговування.

Джерелом інформації є: форма № 025/0, форма № 003/о, форма № 027/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з епілепсією, зареєстрованих впродовж звітного періоду на території обслуговування, для яких задокументований факт проведення МРТ дослідження.

Джерелом інформації є: форма № 025/0, форма № 003/о, форма № 027/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

VII. Перелік літературних джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці КПМД

1. Електронний документ Клінічна настанова, заснована на доказах «Епілепсія у дітей та дорослих» 2026 рік, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються в закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 червня 2026 року № 845 «Деякі питання розробки галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 30 липня 2026 року за № 1090/46484.

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 червня 2019 року № 1269 «Новий клінічний протокол «Екстренна медична допомога: догоспітальний етап».

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18 липня 2024 року № 1259 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги серцево-легенева реанімація у дітей (базові та розширені заходи)».

7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 липня 2026 року № 1021 «Про затвердження вісімнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

Директор Департаменту
медичних послуг **Валерія СОРУЧАН**

Додаток 1
до Клінічного протоколу первинної,
екстреної та спеціалізованої медичної
допомоги «Епілепсії у дітей»
(розділ ІІ)

Класифікація епілепсій і епілептичних синдромів

Поняття «епілепсії» вміщує у собі гетерогенну групу різних синдромів і захворювань, що мають різну етіологію, прогноз і вимагають відмінних підходів до лікування, як терапевтичного, так і нейрохірургічного, тому діагностика в кожному конкретному випадку потребує визначення типу епілептичних нападів, типу епілепсії, епілептичного синдрому, етіології та коморбідних проявів.

В основу класифікації епілепсій (ILAE) в 2017 р покладено діагностичний алгоритм, виділяють 3 рівня діагностики з визначенням: на ***першому рівні*** – типу нападу; на ***другому*** – типу епілепсії (фокальна, генералізована, комбінована – генералізована і фокальна; невідома); на ***третьому*** – епілептичного синдрому. Введена концепція етіологічно специфічних синдромів для певних генетичних і структурних етіологій (ILAE, 2025).

Перший рівень

Визначення типу ЕН (фокальний, генералізованиий чи невизначено фокальний чи генералізований, некласифікований).

Другий рівень

При класифікації типу епілепсії слід керуватись визначенням епілепсії 2017 року.

На цьому рівні можна використати нову категорію «комбінована фокальна і генералізована епілепсія», а також «невідома».

При встановленні діагнозу генералізованої епілепсії у пацієнта, як правило, виявляють генералізовану спайк-хвильову активність на ЕЕГ, а типами ЕН є абсанси, міоклонічні, атонічні, тонічні та тоніко-клонічні напади.

Фокальні епілепсії включають однофокальні та мультифокальні розлади, а також напади, що обмежуються однією півкулею. Діапазон типів ЕН включає фокальні напади зі збереженою свідомістю, фокальні напади з порушенням свідомості, фокальні моторні напади, фокальні немоторні напади, а також фокальні з переходом до двосторонніх тоніко-клонічних нападів.

Міжнападова ЕЕГ, як правило, демонструє фокальні епілептиформні розряди, але діагноз проводиться на основі клінічних даних, підтверджених висновками ЕЕГ.

Визначення типу епілепсії може бути фінальним рівнем діагнозу, якщо неможливо діагностувати певний епілептичний синдром.

Термін «невідомий тип епілепсії» використовується тоді, коли діагноз епілепсії не викликає сумнівів, але лікар не може точно його визначити через недостатню інформацію (наприклад, недоступність ЕЕГ).

Третій рівень

На цьому рівні необхідне встановлення синдрому епілепсії.

Робоча група з нозології та визначень Міжнародної протиепілептичної ліги (ILAE, 2022) пропонує наступне визначення ***епілептичного синдрому*** – визначений набір клінічних та ЕЕГ-ознак, що часто підкріплюються специфічним етіологічним чинником: структурним, генетичним, метаболічним, імунним чи інфекційним.

В 2022 році опублікована класифікація епілептичних синдромів, в якій відмовилися від епонімних назв, за деякими винятками, зокрема залишили синдром Драве, синдром Ленокса-Гасто.

Етіологія епілепсії визначається на всіх рівнях діагностики

Структурна епілепсія, при якій певне структурне ураження мозку розглядається як етіологія епілепсії. Структурні причини епілепсії можуть бути набутими (інсульт, травма та інфекція) або генетичними (численні кортикальні мальформації). Незважаючи на генетичне підґрунтя таких вад розвитку, саме структурні зміни підтверджують діагноз епілепсії. Виявлення найдрібніших структурних уражень вимагає відповідних МРТ-досліджень із використанням специфічних протоколів для епілепсії.

Генетична епілепсія. Концепція генетичної епілепсії полягає в тому, що вона є безпосереднім результатом відомого або ймовірного генетичного дефекту(-ів), при якому(-их) напади є ядром хвороби. Епілепсії з генетичною етіологією дуже різноманітні, і здебільшого основні гени ще не ідентифіковані. Генетичний дефект не виключає впливу зовнішніх чинників. «Генетичний» не завжди означає «спадковий» — часто виникають мутації *de novo*. В групі генералізованих епілепсій добре відома підгрупа ідіопатичних генералізованих епілепсій (далі - ІГЕ). І хоча є докази їх генетичного походження, було вирішено залишити назву ІГЕ для чотирьох синдромів — дитяча абсансна, юнацька абсансна, юнацька міоклонічна епілепсія та епілепсія з ізольованими генералізованими тоніко-клонічними нападами.

Інфекційна епілепсія — одна з найпоширеніших за етіологією в світі, виникає як результат відомої інфекції, при якій ЕН є ядром захворювання — менінгіту, енцефаліту (герпес 1-го і 6-го типів, цитомегаловірус, кір, паротит, краснуха та інше), малярії, туберкульозу, синдрому набутого імунодефіциту, нейроцистицеркозу, токсоплазмозу, нейробореліозу, підгострого склерозуючого паненцефаліту). Інфекції часом мають структурне підтвердження. Виокремлення цієї етіології має значення для етіотропного лікування. Напади в гострому періоді інфекцій не вважаються епілепсією.

Метаболічна епілепсія, при якій існує чіткий метаболічний стан, генетично зумовлений (наприклад, GLUT1-дефіцит транспортера глюкози 1 з абсансами, міоклонічними, міоклонічно-атонічними та фокальними нападами, мітохондріальні розлади — MELAS, MERRF та ін.).

Імунна епілепсія — прямий результат імунного захворювання з ознаками запалення центральної нервової системи, при якому ЕН є ядром хвороби. Прикладами є синдром Расмуссена, енцефаліт з антитілами до NDMA-рецепторів, лімбічний енцефаліт з антитілами до потенціалзалежних К-каналів.

Епілепсія невідомої етіології. Ступінь виявлення причини хвороби залежить від рівня обстеження, доступного пацієнту, що залежить від рівня надання медичної допомоги в різних країнах.

Коморбідність. Накопичено великий масив інформації про наявність супутніх розладів при епілепсії, таких як проблеми навчання, поведінки та психологічні проблеми. Такі розлади значно відрізняються за ступенем тяжкості від незначних складнощів навчання та психологічних змін до тяжких психіатричних захворювань, таких як розлади спектра аутизму та депресії, що призводять до психосоціальних проблем. При тяжких формах епілепсії може виявлятися складний діапазон супутніх захворювань: моторні порушення (церебральний параліч), порушення функції ходьби та координації рухів, розлади сну, захворювання системи травлення та інше. Як і етіологію, необхідно враховувати наявність супутньої патології на кожному етапі діагностики епілепсії та розвитку захворювання, що дозволить запропонувати адекватну корекцію.

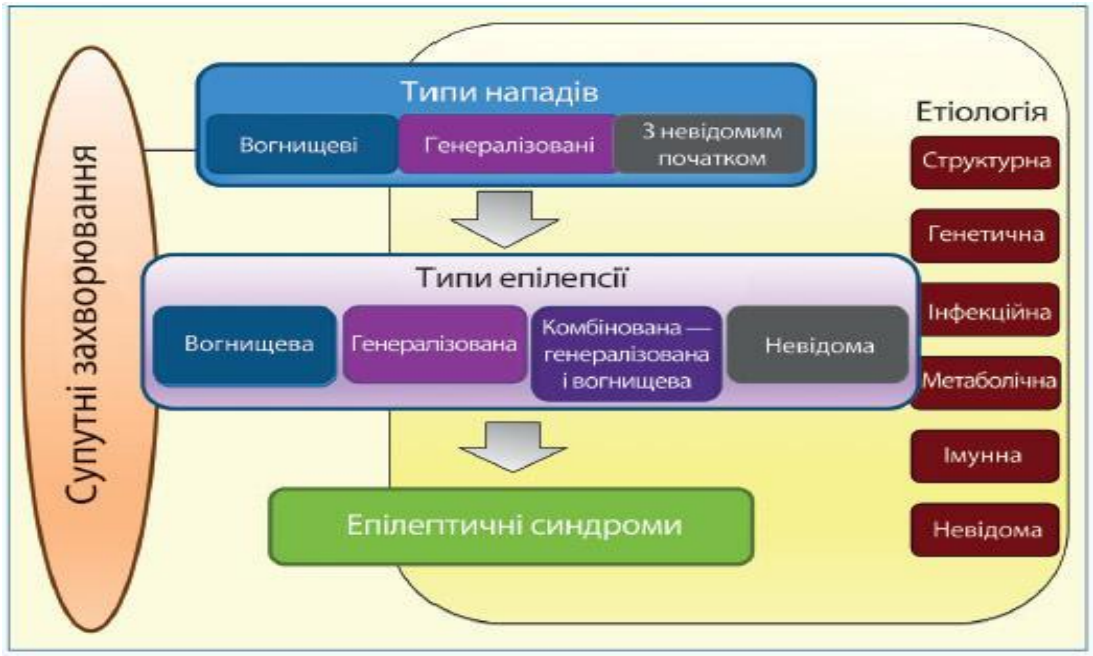


Рисунок 1. Рамкова класифікація епілепсій

Додаток 2
до Клінічного протоколу первинної,
екстреної та спеціалізованої медичної
допомоги «Епілепсії у дітей»
(розділ II)

Міжнародна класифікація епілептичних нападів (ILAE 2025)

Фокальні (Ф) (F)

Фокальні зі збереженою свідомістю (ФЗС) (FPC)

Фокальні з порушеною свідомістю (ФПС) (FIC)

Фокальні з переходом в білатеральні тоніко-клонічні (білатеральні тоніко-клонічні з фокальним початком) (ФБТК) (FBTC)

Дескриптори (Визначення)

Базисні: з видимими проявами та без видимих проявів

Розширені: дескриптори семіології в хронологічній послідовності: семіологія (глосарій[a]) + соматотопічні модифікатори

Невизначено фокальні чи генералізовані (Н) (U)

Невизначено фокальні чи генералізовані зі збереженою свідомістю (ЗС) (PC)

Невизначено фокальні чи генералізовані з порушеною (ПС) (IC)

Невизначено фокальні чи генералізовані з переходом в білатеральні тоніко-клонічні (БТК) (BTC)

Дескриптори (Визначення)

Базисні: з видимими проявами, без видимих проявів

Розширені: дескриптори семіології в хронологічній послідовності: Семіологія (глосарій[a]) + Соматотопічні модифікатори

Генералізовані (Г) (G)

Абсанси (А) (AS)

Типові абсанси (ТА) (TA)

Атипові абсанси (АА) (AA)

Міоклонічні абсанси (МА) (MA)

Міоклонія повік з/без абсансу (МПА) (EMA)

Генералізовані тоніко-клонічні (ГТК) (GTC)

Міоклонічні тоніко-клонічні

Абсанси з переходом в тоніко-клонічні

Інші генералізовані[b]

Генералізовані міоклонічні (ГМ) (GM)

Генералізовані клонічні (ГК) (GC)

Генералізовані негативні міоклонуси (ГНМ) (GNM)

Генералізовані епілептичні спазми (ГЕМ) (GES)

Генералізовані тонічні (ГТ) (GT)

Генералізовані атонічні (ГА) (GA)

Генералізовані міоклоніко-атонічні (ГМА) (GMA)

Некласифіковані

Додаток 3
до Клінічного протоколу первинної,
екстреної та спеціалізованої медичної
допомоги «Епілепсії у дітей»
(розділ II)

Трирівнева система класифікації епілепсій з виявленням синдрому епілепсії на третьому рівні (ILAE 2022).

На основі класифікації нападів та епілепсій деякі назви синдромів були оновлені з використанням термінів, що безпосередньо описують семіологію нападів.

Над класифікаціями епілептичних синдромів працювали 2 цільові групи з нозології.

Перша група запропонувала класифікацію та визначення епілептичних синдромів у новонароджених і немовлят з початком нападів у віці до 2 років. Синдроми поділяються на самообмежені, де, ймовірно, є спонтанна ремісія, та епілептичні енцефалопатії розвитку, захворювання, при яких спостерігаються порушення розвитку, пов'язані як з основною етіологією, незалежною від епілептиформної активності, так і з епілептичною енцефалопатією. Представлено новий клас етіологічно специфічних синдромів епілепсії, коли існує специфічна етіологія епілепсії.

1) Самообмежені епілепсії

Самообмежена сімейна епілепсія новонароджених та немовлят (SeLNE).

Самообмежена сімейна епілепсія новонароджених та немовлят (SeLFNIE).

Самообмежена сімейна епілепсія немовлят (SeLIE).

Генетична епілепсія з фебрильними нападами плюс (GEFS+).

Міоклонічна епілепсія немовлят (MEI).

2) Енцефалопатія розвитку та епілептична енцефалопатія

Рання енцефалопатія розвитку та епілептична енцефалопатія немовлят (EIDEE).

Епілепсія немовлят з мігруючими фокальними нападами (EIMFS).

Синдром епілептичних інфантильних спазмів (IESS).

Синдром Драве (DS).

3) Синдроми зі специфічною етіологією

KCNQ2-DEE.

Пірідоксін-залежна (ALDH7A1) енцефалопатія розвитку та епілептична енцефалопатія (PD-DEE).

Пірідокс(ам)ін 5'-фосфат дефіцитарна енцефалопатія розвитку та епілептична енцефалопатія (P5PD-DEE).

CDKL5-DEE.

PCDH19 - кластерна епілепсія.

Синдром дефіциту транспортера глюкози 1 (GLUT1DS1).

Синдром Штурге-Вебера (SWS).

Геластичні напади при гіпоталямічній гамартомі (GS-HH).

Друга цільова група представила синдроми епілепсії**, що дебютують у дитинстві**, вони були розділені на три категорії:

1) Самообмежені фокальні епілепсії, що включають чотири синдроми:

самообмежена епілепсія з центротемпоральними спайками (Роландична епілепсія), (SeLECTS);

самообмежена епілепсія з вегетативними нападами (SeLEAS);

дитяча потилична зорова епілепсія (COVE);

фотосенситивна епілепсія потиличної частки (POLE);

2) Генералізовані епілепсії, що включають три синдроми:

абсансна епілепсія у дітей (CAEa);

епілепсія з абсансами та міоклонічними нападами (EEM);

епілепсія з міоклоніями повік (EMA);

3) Енцефалопатії розвитку та/або епілептичні енцефалопатії, що включають п'ять синдромів:

епілепсія з міоклонічно-атонічними нападами (EMAtS);

синдром Леннокса-Гасто (LGS без змін);

енцефалопатія розвитку та/або епілептична енцефалопатія з активацією спайк-хвильових розрядів уві сні (DEE-SWAS EE-SWAS Синдром Ландау-Клеффнера (підтип EE-SWAS);

геміконвульсивно-геміплегічний-епілептичний синдром (HHE, без змін));

фебрильний епілептичний синдром, пов'язаний з інфекцією (FIRES, без змін).

Епілептичні синдроми дитячого віку

Епілептичні синдроми з фокальними нападами	**Попередня назва**	**Епілептичні синдроми з генералізованими нападами**	**Попередня назва**	**Енцефалопатії розвитку та епілептичні енцефалопатії**	**Попередня назва**
Самообмежені фокальні епілепсії		**Генералізовані епілепсії**		**Енцефалопатії розвитку та епілептичні енцефалопатії**	
SeLECTS	Дитяча епілепсія з центро-темпоральними спайками, (доброякісна) Роландична епілепсія, (доброякісна)	**MAE** Міоклонічно-атонічна епілепсія	Епілепсія з міоклонічними атонічними судомами (синдром Дузе)	**LGS** Синдром Леннокса-Гасто	Без змін
SeLEAS	Синдром Панайотополуса, рання (доброякісна) потилична епілепсія	**CAE** Абсансна епілепсія у дітей*	Пікнолепсія, Петі мал	D/EE-SWAS Епілептична енцефалопатія зі спайк-хвильовою активацією уві сні	Синдром Ландау-Клеффнера, епілептична енцефалопатія зі спайк-хвильовою активацією уві сні, атипова (доброякісна) парціальна епілепсія (псевдо-синдром Леннокса)

Продовження додатка 3

Епілептичні синдроми з фокальними нападами	**Попередня назва**	**Епілептичні синдроми з генералізованими нападами**	**Попередня назва**	**Енцефалопатії розвитку та епілептичні енцефалопатії**	**Попередня назва**
COVE Потилична зорова епілепсія у дітей	Пізня (доброякісна) потилична епілепсія або ідіопатична дитяча потилична епілепсія - типу Гасто	**E-EM** Епілепсія з міоклонією повік	Синдром Джівонса	**FIRES** Синдром епілепсії, пов'язаної з фебрильною інфекцією	Гострий енцефаліт з рефрактерними, повторюваними парціальними нападами (AERRPS), руйнівна епілептична енцефалопатія у дітей шкільного віку (DESC)
POLE Фотосенситивна потилична епілепсія	Ідіопатична фотосенситивна потилична епілепсія	**E-MA** Епілепсія з міоклонічними абсансами	Синдром Бюре і Тассінарі	**HHE** Геміконвульсія -Геміплегія-Епілепсія	Без змін

Примітки: AERRPS, гострий енцефаліт з рефрактерними, повторюваними парціальними нападами; CAE, дитяча абсансна епілепсія; COVE, дитяча потилична зорова епілепсія; DEE, енцефалопатія розвитку та/або епілептична енцефалопатія; DEE-SWAS, епілептична енцефалопатія розвитку з комплексом «спайк-повільна хвиля» уві сні; DESC, руйнівна епілептична енцефалопатія у дітей шкільного віку; EEM, епілепсія з міоклонією повік; EE-SWAS, епілептична енцефалопатія з активацією комплексів «спайк-повільна хвиля» уві сні; EMA, епілепсія з міоклонічними абсансами; FIRES, фебрильний епілептичний синдром, пов’язаний з інфекцією; HHE, синдром геміконвульсій-геміплегії-епілепсії; LGS, синдром Леннокса-Гасто; POLE, фотосенситивна потилична епілепсія; SeLEAS, самообмежувана епілепсія з вегетативними нападами; SeLECTS, самообмежувана епілепсія з центротемпоральними спайками.

Додаток 4
до Клінічного протоколу первинної,
екстреної та спеціалізованої медичної
допомоги «Епілепсії у дітей»
(підпункт 2 пункту 1 розділу III)

Поширеніші пароксизмальні стани у дітей, які потребують диференційної діагностики з епілепсією на етапі первинної допомоги

1. Метаболічні порушення з судомами внаслідок: гіпокальціємії, гіпомагніємії, гіпоглікемії.
2. Нейроінфекції.
3. Інтоксикації, отруєння.
4. Черепно-мозкова травма.
5. Фебрильні судоми.
6. Синкопальні стани.
7. Пароксизмальні розлади під час сну.
8. Респіраторно-афективні пароксизми.
9. Психогенні неепілептичні напади (події).

Додаток 5
до Клінічного протоколу первинної,
екстреної та спеціалізованої медичної
допомоги «Епілепсії у дітей»
(підпункт 4 пункту 1 розділу III)

Показання для позапланового огляду пацієнта лікарем-неврологом дитячим

1. Погіршення перебігу епілепсії: почастішання або зміна клінічної картини нападів, незалежно від того, чи були вони спровоковані.
2. Поява феноменологічно нових епізодів, що потребують уточнення діагнозу.
3. Втрата контролю нападів після досягнення медикаментозної ремісії незалежно від того, чи були вони спровоковані.
4. Виникнення побічних ефектів протиепілептичної терапії, чи побічних ефектів кетогенної дієти (після надання, за необхідності, невідкладної допомоги).
5. Регулярне недотримання режиму прийому ПЕЛЗ, зокрема через складність схеми лікування, відмову від прийняття лікарських засобів пацієнтом.
6. Тяжке гостре захворювання, або загострення хронічного супутнього захворювання, лікування якого може вплинути на перебіг епілепсії.
7. Вирішення питання щодо корекції схеми протиепілептичної терапії за необхідності проведення: вакцинації, планового оперативного втручання, діагностичних процедур, що можуть вплинути на перебіг епілепсії.
8. Плато або регрес навичок у дитини з епілепсією, який важко пов'язати із іншим тригером (гострим захворюванням, загостренням супутнього хронічного захворювання тощо).
9. Суттєва зміна ваги дитини.

Додаток 6
до Клінічного протоколу первинної,
екстреної та спеціалізованої медичної
допомоги «Епілепсії у дітей»
(підпункт 4 пункту 1 розділу III)

Пам'ятка для батьків дітей з епілепсіями

1. Фактори, що можуть погіршити перебіг епілепсії:
депривація (позбавлення) сну;
неконтрольоване використання гаджетів;
вживання алкоголю;
надмірне вживання кофеїну (в т.ч. кофеїнвмісних лікарських засобів)
фотостимуляція (мерехтіння гірлянд, феєрверки, перебування дитини в кімнаті зі світломузикою та дискошарами);
прийом лікарських засобів, що посилюють судомну активність;
стресові ситуації
супутні гострі та хронічні захворювання, особливо ті, що супроводжуються гарячкою (інфекційні захворювання та глистні інвазії)
порушення прийому ПЕЛЗ;
травми голови;
гормональні зміни (менструація);
довготривале перебування на відкритому сонці.

2. Лікувальні, профілактичні та діагностичні маніпуляції, що можуть погіршувати перебіг епілепсії:
всі види електропроцедур*;
лазеротерапія*;
атропінізація*;
профілактичні щеплення**;
грязелікування*;
загальний наркоз**.

_____
Примітки:
* - протипоказано.
** - можливо лише після консультації дитини її лікарем-неврологом дитячим.

3. Лікарські засоби, що можуть погіршити перебіг епілепсії:
деякі антибактеріальні лікарські засоби (пеніцилінового та цефалоспоринового ряду, фторхінолони);
лікарські засоби, що застосовують для лікування глистних інвазій
лікарські засоби, що застосовують для підвищення імунітету;
психостимулятори та ноотропні лікарські засоби рацетамного ряду;

протитуберкульозні лікарські засоби (ізоніазид, рифампіцин, стрептоміцин);

лікарські засоби, що містять етанол;

краплі для носа із судинозвужувальною дією;

опіоїди (трамадол, тапентадол, меперідин)

лікарські засоби, що покращують нервово-м'язову провідність (неостигмін, іпідакрин);

деякі лікарські засоби для загальної анестезії

деякі психотропні лікарські засоби (лише після консультації дитини її лікарем-неврологом дитячим).

Перед прийомом будь-якого лікарського засобу необхідно ретельно ознайомитися з інструкцією для медичного застосування (розділи «побічні ефекти» та «протипоказання») та обговорити призначення з лікарем-неврологом дитячим.

4. Загальні рекомендації.

У дитини, хворої на епілепсію, постійно при собі повинна бути (бажано – вшита в одяг) капсула з інформацією про: прізвище, ім'я та по-батькові, дату народження, домашню адресу, контактні телефони батьків/опікунів та обов'язково**!!!** лікарські засоби, які приймає дитина, із зазначенням дози та режиму прийому, індивідуальний план невідкладної допомоги на випадок виникнення тривалих епілептичних нападів, наявність алергічних реакцій на будь-які лікарські засоби та/або інші речовини.

Батькам/опікунам слід подбати про те, щоб вдома був запас необхідних дитині ПЕЛЗ (у відповідності до рекомендацій лікаря-невролога дитячого) на період до трьох місяців.

Батькам/опікунам слід мати при собі чітку інформацію (у письмовому вигляді) щодо ПЕЛЗ, які дитина отримувала раніше, із зазначенням доз і (за наявності) побічних ефектів.

У випадку госпіталізації (планової або ургентної) або амбулаторного консультування з приводу супутнього захворювання, батьки/опікуни мають першочергово повідомити лікаря про те, що дитина хворіє на епілепсію та надати інформацію про схему прийому ПЕЛЗ.

Додаток 7
до Клінічного протоколу первинної,
екстреної та спеціалізованої медичної
допомоги «Епілепсії у дітей»
(підпункт 1 пункту 3 розділу III)

Глосарій термінів в епілептології

Терміни	Визначення та опис проявів
Абсанс типовий	Раптовий початок, переривання поточної діяльності, відсутній погляд, можливе короткочасне відхилення очей вгору. Зазвичай пацієнт не відповідає, коли до нього звертаються. Тривалість від кількох секунд до півхвилини з дуже швидкою нормалізацією стану. Абсанс за визначенням є нападом з генералізованим початком
Атиповий абсанс	Абсанс із більш вираженими змінами тонусу, ніж типовий абсанс, або абсанс з не раптовим початком/припиненням, часто супроводжується повільними, нерегулярними, генералізованими спайк-хвилями на ЕЕГ
Атонічні напади	Раптова втрата або зниження м'язового тонусу без попередніх міоклонічних або тонічних проявів, зазвичай триває близько 1-2 с, залучаються м'язи голови, тулуба, щелепи або кінцівок
Автоматизми	Більш-менш скоординована моторна активність, після нападу пацієнт зазвичай (але не завжди) не пам'ятає про події. Часто нагадує довільні рухи та може представляти невідповідне продовження попередньої рухової активності
Аура	Суб'єктивна ознака нападу, яку пацієнт може спостерігати перед явними нападами
Вегетативні напади	Явне порушення функцій вегетативної нервової системи з боку серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, зіничних рефлексів, вазомоторних і терморегуляційних функцій
Білатеральні напади	Залучення лівої та правої сторони, хоча прояви білатеральних нападів можуть бути симетричними або асиметричними
Когнітивні напади	Пов'язані з мисленням та вищими корковими функціями, такими як мовлення, просторове сприйняття, пам'ять і праксис. Раніше для таких нападів використовували термін «психічні»
Дакристичні напади	Приступи плачу, що можуть бути не пов'язаними із сумом
Дистонічні напади	Стійкі скорочення м'язів-агоністів та антагоністів, що призводять до атетоїдних рухів або рухів скручування, через які можуть формуватися аномальні пози
Емоційні напади	Напади, що проявляються у вигляді емоцій або схожих на емоції проявів, наприклад, страх, несподівана радість або ейфорія, сміх (геластичні) або плач (дакристичні)

Продовження додатка 7

Терміни	Визначення та опис проявів
Епілептичні спазми	Раптове згинання, розгинання або згинання-розгинання переважно проксимальних м'язів та м'язів тулуба, зазвичай більш тривалі, ніж міоклонічні рухи, але не такі тривалі, як тонічні судоми. Іноді зустрічаються обмежені форми: гримаси, сіпання голови або короткі рухи очей. Епілептичні спазми часто виникають в кластерах. Найбільш відомою формою є інфантильні спазми, але спазми можуть виникати в будь-якому віці
Міоклонія повік	Посмикування повік з частотою не менше 3 разів на секунду, зазвичай з відхиленням очей вгору, як правило, тривалістю <10 с, часто після закривання очей. Можуть бути або не бути пов'язаними з короткочасною втратою свідомості.
Напад з позою фехтувальника	Тип фокальних нападів з відведенням однієї руки і згинанням іншої руки в області ліктя та зап'ястя, що схоже на фехтування спортивною рапірою. Ці напади також називаються нападами з додаткової моторної зони
Фокальні напади	Виникають в мережі однієї півкулі. Вони можуть бути локалізованими або мати більш широке поширення. Фокальні напади можуть виникати в підкіркових структурах
Білатеральні тоніко-клонічні напади з фокальним початком	Тип нападів з фокальним початком зі збереженням або порушенням свідомості, моторні або немоторні, що прогресують до білатеральних тоніко-клонічних. Раніше використовувався термін «парціальний початок з вторинною генералізацією»
Геластичні напади	Сміх або хіхікання, зазвичай без відповідного емоційного фону
Генералізовані напади	Виникають в деякій точці всередині мережі, швидко розповсюджуються, залучаються мережі обох півкуль
Генералізовані тоніко-клонічні напади	Білатеральні симетричні або іноді асиметричні тонічні скорочення, а потім білатеральні клонічні скорочення м'язів тіла, як правило, пов'язані з вегетативними явищами та втратою свідомості. Ці напади починаються із залученням мереж обох півкуль
Галюцинації	Утворення складних образів без відповідних зовнішніх стимулів, пов'язаних із зоровими, слуховими, сомато-сенсорними, нюховими та/або смаковими відчуттями. Приклад: «чує» та «бачить» людей, які говорять
Припинення діяльності	Зупинка (пауза) діяльності, заморожування, іммобілізація, як при зупинці поведінки
Порушення свідомості	Порушення або втрата свідомості є особливістю фокальних нападів з порушенням свідомості, які раніше мали назву «комплексні парціальні напади»
Джексонівський напад	Традиційний термін, який вказує на поширення клонічних рухів на суміжні частини тіла з одного боку

Продовження додатка 7

Терміни	Визначення та опис проявів
Моторні напади	Залучається мускулатура в будь-якій формі. Моторні напади можуть супроводжуватися збільшенням (позитивні) або зменшенням (негативні) скорочення м'язів для здійснення руху
Міоклонічні напади	Раптові, короткі (<100 мс) мимовільні поодинокі або множинні скорочення м'язу або групи м'язів різного розташування (осьові проксимальні кінцівки, дистальні). Міоклонус є менш регулярно повторюваним і менш тривалим, ніж клонус
Міоклоніко-тоніко-клонічні напади	Одне або кілька посмикувань кінцівок білатерально, а потім – тоніко-клонічні судоми. Початкові посмикування можуть проявлятися як короткий період клонусів або міоклонусу. Такі напади характерні для ювенільного віку
Поширення	Поширення судомної активності з однієї частини мозку на іншу або залучення додаткових мереж мозку
Немоторні напади	Напади фокального або генералізованого типу, при яких моторна активність не є основною
Здатність реагувати	Здатність адекватно реагувати діями або мовою на вплив стимулу
Сенсорні напади	Сенсорні відчуття, що не викликані відповідними стимулами в зовнішньому світі
Тонічні напади	Постійне скорочення м'язів, що триває від кількох секунд до кількох хвилин
Тоніко-клонічні напади	Послідовність з тонічної та клонічної фаз
Некласифіковані напади	Відноситься до типу нападів, які не можна описати за допомогою класифікації ILAE 2025 р. через недостатність інформації або незвичні клінічні прояви. Якщо напади не можна класифікувати через невідомий початок, то все одно можна застосовувати обмежену класифікацію на основі проявів
Відсутність реакції	Пацієнт не в змозі адекватно реагувати рухами або мовою у відповідь на стимули
Версивні напади	Стійка, вимушена ротація або відхилення вбік очей, голови та/або тулуба
Епілептичний напад	Тимчасова поява ознак та/або симптомів через аномальну надмірну або синхронну активність нейронів головного мозку
Фармакорезистентна епілепсія	ILAE (2010 р.) визначає фармакорезистентну епілепсію як таку, при якій неможливо досягти стійкої ремісії нападів шляхом застосування двох лікарських засобів, які добре переносяться, правильно підібрані та призначені в адекватних дозах (у монотерапії або в комбінації).
Епілептичні енцефалопатії розвитку	Захворювання, при яких епілептична активність сама по собі в додаток до основної епіології спричиняє важкі когнітивні та поведінкові порушенняґ, що перевищують ті, які очікуються від основної етіології, ILAE, 2022 р.
Розрішення епілепсії	Епілепсія вважається такою, що «розрішилася» після досягнення визначеного віку для осіб, які страждали на

Продовження додатка 7

Терміни	Визначення та опис проявів
	залежний від віку епілептичний синдром, або для пацієнтів, які не мають нападів впродовж останніх 10 років, з яких останні 5 років не отримують ПЕЛЗ.
Самообмежені (раніше – доброякісні) епілепсії	Група переважно дитячих еплептичних синдромів, які з віком минають самі собою, без довгготривалих наслідків для розвитку, ILAE, 2022 р.

_____

Додаток 8
до Клінічного протоколу первинної,
екстреної та спеціалізованої медичної
допомоги «Епілепсії у дітей»
(підпункт 1 пункту 3 розділу III)

Зміна термінології епілептичних нападів згідно класифікації ILAE 2025 року в порівнянні з класифікацією 1981 року

Старі терміни (класифікація ILAE, 1981)	**Нові терміни (класифікація ILAE, 2025)**
Абсанс	Генералізований абсанс
Атонічний	Генералізований/фокальний/із невідомим початком атонічний
Аура	Фокальний без порушення усвідомлення
Вторинно-генералізований	Фокальний із переходом у двобічний тоніко-клонічний
Геластичний	Фокальний (без порушення свідомості або з порушенням свідомості) емоційний
Джексонівський	Фокальний моторний зі збереженням свідомості
Діалептичний	Фокальний із порушенням свідомості
Інфантильні спазми	Генералізовані/фокальні/з невідомим початком епілептичні спазми
Міоклонічний	Генералізований/фокальний/міоклонічний
Скроневий, лобовий та ін. напади	Фокальний
Психомоторний	Фокальний із порушенням свідомості
Парціальні	Фокальні
Простий парціальний	Фокальний зізбереженням свідомості
Складний парціальний	Фокальний з порушенням свідомості
Гіпермоторні	Гіперкінетичні
Психічні напади	Когнітивні напади
Grand mal	Генералізований тоніко-клонічний/фокальний з еволюцією в білатеральний тоніко-клонічний/тоніко-клонічний із невідомим початком
Petit mal	Генералізований абсанс

Додаток 9
до Клінічного протоколу первинної,
екстреної та спеціалізованої медичної
допомоги «Епілепсії у дітей»
(підпункт 1 пункту 3 розділу III)

Показання до генетичного тестування

Генетичне тестування слід розглядати для пацієнтів з нез'ясованою етіологією епілепсії, а саме при:

епілепсії з раннім початком: особливо при тяжких епілепсіях дитячого віку, або енцефалопатіях розвитку та епілепсії (DEE – developmental epileptic encephalopathy);

епілепсії з супутніми захворюваннями: такими як інтелектуальна недостатність, розлад аутистичного спектру, затримка розвитку, рухові розлади, дисморфічні ознаки або інші неврологічні/системні симптоми.

медикаментозно-резистентній епілепсії (особливо коли чіткої структурної, метаболічної, інфекційної, імунної чи набутої причини не виявлено, або ж наприклад у випадку, коли виявлені структурні зміни не пояснюють виду епілепсії);

генетична діагностика іноді може виявити специфічну етіологію, що реагує на цілеспрямовану терапію або вимагає альтернативних стратегій лікування;

прогресуючих фенотипах: включаючи прогресуючі міоклонус епілепсії, що часто є генетично зумовленими;

обтяженому сімейному анамнезі, що вказує на моногенне успадкування: наявність кількох членів сім'ї із епілепсією, або специфічних моделей успадкування (наприклад, аутосомно-домінантний, рецесивний, Х-зчеплений);

специфічних епілептичних синдромах, наприклад: синдром Драве (в т.ч. діти раннього віку з першим тривалим геміклонічним нападом або першим конвульсивним епілептичним статусом на тлі гіпертермії чи після вакцинації за відсутності іншої очевидної причини), синдром Леннокса-Гасто(особливо у випадку неуточненої етіології), епілепсія зі слуховими ознаками, синдром інфантильних епілептичних спазмів (особливо у випадку неуточненої етіології), фотосенситивні епілепсії тощо;

розгляді специфічної терапії: генетичний діагноз може безпосередньо впливати на вибір терапії, включаючи вибір або уникнення певних видів лікарських засобів, наприклад блокаторів натрієвих каналів при певних видах SCN1A – асоційованих епілепсіях, чи застосуванні дієтичних методів лікування, зокрема кетогенної дієти при дефіциті GLUT1, або оцінці можливості проведення хірургічного втручання;

формуванні прогнозу та плануванні сім'ї.

_____

_____

Додаток 10
до Клінічного протоколу первинної,
екстреної та спеціалізованої медичної
допомоги «Епілепсії у дітей»
(підпункт 1 пункту 3 розділу III)

Мінімальні вимоги до запису рутинної (стандартної) ЕЕГ та ЕЕГ сну

1. Тривалість ЕЕГ 20 хвилин для рутинної ЕЕГ та 30 хвилин для ЕЕГ уві сні без урахування підготовки.

2. Запис сну немовлят і дітей доцільно планувати на постпрандіальний період, коли є більша ймовірність засинання.

3. Індивідуалізація часу та тривалості запису, якщо це дозволить підвищити інформативність запису. Призначення ранкового часу для пацієнтів з підозрою на ювенільну міоклонічну епілепсію, пріоритетність запису сну у пацієнтів з підозрою або діагнозом самолімітованої фокальної епілепсії дитячого віку або синдрому дитячих епілептичних спазмів, а також при підозрі на синдром дитячих епілептичних спазмів і продовження запису щонайменше на 10 хвилин після пробудження для збільшення ймовірності запису епілептичних спазмів.

4. Індукція сну: часткова депривація сну пропонується як основний метод для дорослих і дітей віком від 12 років, які можуть дотриматися вимог депривації сну.

5. Методи провокації: гіпервентиляція, інтермітуюча фотостимуляція (далі - ІФС), реєстрація ЕЕГ при відкритих і закритих очах, пропонуються, якщо немає протипоказань. Прохання пацієнта моргнути, заплющити і розплющити очі на кілька секунд документує артефакти, дозволяє оцінити задній домінуючий ритм і є провокаційними методами для визначення чутливості до закриття очей. Пропонується використовувати інші прості методи стимуляції, наприклад, дотик, раптові шуми або читання вголос складного тексту, якщо відомо, що вони провокують напади. Якщо діагноз при направленні - генетична генералізована епілепсія, бажано робити активації в кінці запису через підвищену ймовірність виникнення нападів. ІФС часто підвищує рівень активності та знижує ймовірність засинання, а гіпервентиляція має протилежний ефект. У дітей корисно проводити гіпервентиляцію на початку ЕЕГ сну, а ІФС - в кінці. Пацієнта та особу, яка за ним доглядає, слід заздалегідь поінформувати про потенційні переваги, а також про несприятливі наслідки активації, зокрема, виникнення епілептичних нападів. Пацієнт має знати про право відмовитися від активацій.

6. Протипоказаннями для гіпервентиляції є серповидноклітинна анемія або ознака; хвороба та синдром Мойя-Мойя; цереброваскулярні мальформації, включно із аневризмами, інсульт впродовж останніх 3 місяців, підвищення внутрішньочерепного тиску, інфаркт міокарда, серцеві аритмії та інші тяжкі форми серцевих порушень; тяжкі легеневі порушення; вагітність. Бажано, щоб

список протипоказань був доступний для лікаря, який направляє пацієнта, щоб він міг повідомити про наявні протипоказання. Як мінімум, у разі перерви в часі між направленням та проведенням ЕЕГ, лікар з функціональної діагностики повинен запитати пацієнта про протипоказання та задокументувати відповідь.

7. Відповідальність лікар з функціональної діагностики полягає в тому, щоб гарантувати безпеку пацієнта та якість запису, що вимагає безперервного моніторингу одного запису за раз. Пацієнт повинен перебувати під постійним наглядом під час запису. Лікар з функціональної діагностики повинен мати можливість покликати на допомогу. Під час нападів доцільно проводити тестування пацієнта за допомогою стандартизованої методики.

Додаток 11
до Клінічного протоколу первинної,
екстреної та спеціалізованої медичної
допомоги «Епілепсії у дітей»
(підпункт 1 пункту 3 розділу III)

Показання та технічні вимоги до проведення тривалого відео-ЕЕГ моніторингу (далі - ТВЕМ) в умовах стаціонару ЗОЗ

I. Проведення диференційної діагностики між епілептичними та неепілептичними нападами.

II. Уточнення типу нападів, виду епілепсії, епілептичного синдрому.

III. Кількісна оцінка епілептичних нападів (верифікація субклінічних, нічних епілептичних нападів).

Коректне ведення щоденника епілептичних нападів є критично важливим для оцінки ефективності лікувальної тактики. Близько 20-25% епілептичних нападів пацієнти не розпізнають. Зокрема, не розпізнають 86% нічних нападів, а у 8,3% пацієнтів із скроневою епілепсією реєструють субклінічні напади.

IV. Ідентифікація кандидатів на хірургічне втручання (локалізація іктальної зони, епілептогенного фокусу).

Технічні вимоги проведення ТВЕМ

Мінімальна кількість електродів для діагностичного ТВЕМ – 16 електродів, для прехірургічного – 32 електроди (рекомендація Американської асоціації клінічної нейрофізіології).

Рекомендоване використання базальних скроневих електродів (втім не рекомендоване використання сфеноїдальних, назофарингеальних, назоетмоїдальних).

Система розташування електродів – міжнародна ситема розташування електродів «10-20», «10-10».

Монтажі – біполярний та референтний.

ЕКГ електроди.

Швидкість дискретизації 256 Гц і вище (оптимальна 512 Гц).

Параметри фільтрів: низькочастотний фільтр (LFF) ≤0,5 Гц, високочастотний фільтр (HFF) ≥ 70 Гц.

Відеозапис, синхронізований із записом ЕЕГ (щонайменше – одна камера).

Кімната ТВЕМ має бути обладнаною системою виклику медичного персоналу.

На 1 медичну сестру припадає не більше 4 пацієнтів, які перебувають на ТВЕМ (для інвазивного ВЕМ – одна медична сестра на одного пацієнта).

Спільне перебування з опікуном є обов'язковим для дітей, пацієнтів з когнітивними, інтелектуальними та поведінковими порушеннями.

Підписана інформована згода при поступленні в стаціонар для ТВЕМ.

Рекомендоване використання прописаного стандартизованого протоколу тестування пацієнтів в часі епілептичних нападів.

Рекомендоване проведення гіпервентиляції, фотостимулції, використання методики депривації сном чи інших методик із врахуванням індивідуальних тригерів та безпеки пацієнта для підвищення діагностичної цінності ТВЕМ.

Рекомендоване зниження доз ПЕЛЗ напередодні та в часі проведення ТВЕМ для підвищення діагностичної цінності та оптимізації тривалості перебуванням пацієнтів в стаціонарному відділенні з урахуванням виду, тривалості, частоти нападів, ЕСт в анамнезі, у пацієнтів без ЕСт в анамнезі, та частих щоденних нападів рекомендоване швидке зниження дози ПЕЛЗ в часі ТВЕМ, зокрема на 30-50% від дози лікарського засобу, яку приймав пацієнт, щодня.

Для кожного пацієнта, який перебуває на ТВЕМ в стаціонарному відділенні, має бути прописаний алгоритм невідкладних дій при тривалих нападах судом.

Тривалість проведення ТВЕМ визначається показаннями, якістю зареєстрованих даних (чи отримані дані дозволяють відповісти на запитання прописане в показаннях до ТВЕМ).

Автоматизовані алгоритми детекції спайків та епілептичних нападів можуть використовуватись як допоміжний інструмент аналізу даних, проте їх застосування не може розглядатися як підстава для формулювання кінцевих висновків за результатами ТВЕМ.

Рекомендовано формувати висновок ТВЕМ використовуючи систему SCORE (Standardized computer-based organized reporting of EEG), що включає наступні основні складові:

1. Персональні дані пацієнта.
2. Дані із направленням пацієнта на ТВЕМ.
3. Технічні дані.
4. Методи провокації, дані про використання методу депривації сном, зниження доз лікарських засобів та інших методик для підвищення діагностичної цінності проведеного моніторингу.
5. Опис фонової активності.
6. Опис стадій, ознак сну, дрімоти.
7. Інтеріктальні дані.
8. Опис зареєстрованих клінічних епізодів та іктальних патернів.
9. Фізіологічні патерни.
10. Патерни невизначеного значення.
11. Артефакти, зареєстровані в часі запису.
12. Дані поліграфічних каналів.
13. Діагностичне значення (клінічна інтерпретація) даних.

Основні вимоги електричної безпеки під час проведення ТВЕМ

Відео-ЕЕГ моніторинг	**Рекомендації**
Джерело живлення	Використовуйте схвалені триконтактні вилки, розетки та шнури живлення для електроприладів. Пацієнти повинні бути підключені в кожній кімнаті для довготривалого моніторингу до однієї групи розеток живлення. Блоки електричних розеток мають бути розташовані разом біля узголів'я ліжка.
Кімната для пацієнтів	Перемістіть двопровідні пристрої подалі від пацієнтів і уникайте контакту металу з ліжком. Навчіть медперсонал уникати зв'язків між пацієнтом і заземленням. Не торкайтеся металевих предметів і пацієнта одночасно, щоб уникнути утворення небажаного електричного контакту.
Заземлення	Не підключайте пацієнта до заземлення. Біля пацієнта використовуйте лише обладнання з ізольованим заземленням. Періодично перевіряйте електрообладнання на наявність витоку струму (струм кабелю має бути <10 мА).
Електричне обладнання	Увімкніть обладнання перед підключенням пацієнта/від'єднайте перед вимиканням обладнання. Не використовуйте подовжувачі. Використовуйте обладнання, що працює від акумулятора, де це можливо.
Пацієнт	Електроди для запису не слід підключати до заземлення будівлі, лише через ізольоване заземлення.
Стимуляція	Серцева зона не повинна бути в зоні стимуляції Для досліджень електростимуляції не перевищуйте рекомендовану інтенсивність або тривалість. Система стимуляції повинна мати ізольоване заземлення, і не бути підключеною до системи заземлення будівлі.
Перевірка роботи обладнання	Необхідно перевірити обладнання на відповідність вимогам стандартів безпеки в медичних закладах. Дату перевірки безпеки обладння слід позначити відповідною наклейкою. Біомедичним інженерам слід через визначені часові інтервали проводити тестування електробезпеки: візуальна інспекція шнурів живлення, вилок і заземлення, кабелів, настінних розеток.

Продовження додатка 11

Відео-ЕЕГ моніторинг	**Рекомендації**
	Вимірювання сили притиску контакту заземлення (згідно вимог - не більше 10 унцій, струм витоку шасі <100 мА, і струм витоку з кожної клеми має бути <20 мА.

Додаток 12
до Клінічного протоколу первинної,
екстреної та спеціалізованої медичної
допомоги «Епілепсії у дітей»
(підпункт 2 пункту 3 розділу III)

Базові принципи хірургічного лікування епілепсій у дітей

Раннє припинення нападів відіграє ключову роль в психосоціальній реабілітації дітей і сприяє покращенню якості життя.

Хірургічне лікування повинно проводитися якнайшвидше, якщо пацієнт визнаний кандидатом на хірургічне втручання, оскільки доведено, що тривалий перебіг хвороби знижує ймовірність одержання позитивного результати після операції.

Показання до хірургічного лікування з епілепсій у дітей мають бути сформовані мультидисциплінарною групою спеціалістів з діагностики та лікування епілепсій у складі: лікар-невролог дитячий, лікар-нейрохірург дитячий, лікар-психолог, лікар-психофізіолог, лікар-радіолог.

Мета хірургічного лікування:

припинення нападів;

запобігання розвитку когнітивних порушень або корекція існуючих когнітивних та поведінкових розладів;

зменшення дози протиепілептичних препаратів та їх негативного впливу; профілактика тривалої, безперервної інтеріктальної епілептиформної активності;

запобігання вторинного епілептогенезу.

Покази до направлення на консультацію до лікаря-нейрохірурга дитячого:

наявність структурних змін у головному мозку;

резистентність до медикаментозного лікування;

прогресуючі когнітивні та психоемоційні розлади (розвиток епілептичної енцефалопатії).

Необхідні дослідження:

відео ЕЕГ-моніторинг;

МРТ за протоколом «Епілепсія»;

консультація лікаря-психіатра дитячого.

Додаткові поглиблені дослідження:

стерео ЕЕГ-моніторинг,

функціональна МРТ;

МРТ-трактографія;

позитронна емісійна томографія;

субтракційна іктальна однофотонна емісійна комп'ютерна томографія суміщена з МРТ.

Види хірургічне лікування.

На даний час використовують два види хірургічних втручань. Перший – резекційні операції, метою яких є видалення епілептогенної зони або максимальної кількості нейронів, які генерують епілептогенну пароксизмальну активність. Другий – функціональні хірургічні втручання, метою яких є блокування поширення епілептиформної активності. Функціональні операції виконуються у випадку неможливості проведення резекційного втручання, у зв'язку з локалізацією епілептогенної зони у функціонально-важливій ділянці мозку, дифузних або двобічних ураженнях мозку, а також у випадку неможливості провести візуалізацію вогнищевих структурних змін (МРТ «негативна» епілепсія).

До резекційних операцій належать: передня скронева лобектомія, селективна амигдалогіпокампектомія, топектомія, множинні мультилобарні резекції.

До функціональних хірургічних втручань відносять: функціональну гемісферотомію, каллозотомію, різноманітні дисконнекції, множинну субпіальну транссекцію; різноманітні аблятивні втручання - такі як стереотаксична радіочастотна деструкція, стреотаксична радіохірургія, лазерна інтерстиціальна теплова терапія; електростимулюючі операції - стимуляція блукаючого нерву, глибинна мозкова стимуляція, чутлива «реагуюча» нейростимуляція.

_____

Додаток 13
до Клінічного протоколу первинної,
екстреної та спеціалізованої медичної
допомоги «Епілепсії у дітей»
(підпункт 2 пункту 3 розділу III)

Класифікація епілептичного статусу та алгоритм його лікування

Епілептичний статус (далі – ЕСт) – це «стан, що характеризується тривалим епілептичним нападом або нападами, що повторюються з досить короткими інтервалами, щоб забезпечити незмінний та стійкий стан епілепсії».

За сучасним визначенням ЕСт є станом, що виникає або через відмову механізмів, відповідальних за припинення нападу, або в результаті ініціювання механізмів, які призводять до аномально тривалих нападів (після часової точки t1). Це стан, який може мати довгострокові наслідки (після часової точки t2), включаючи загибель нейронів, пошкодження нейронів і зміну нейронних мереж, в залежності від типу та тривалості нападів.

Це визначення концептуальне за двома робочими показниками:

по-перше, тривалість нападу та точка часу (t1), після якої припадок слід розглядати як «безперервну судомну активність»;

друга точка часу (t2) - це час триваючої судомної активності, після якої існує ризик довгострокових наслідків.

Часові параметри ЕС **t1 – початок екстреного лікування ЕСт і t2 – час можливого розвитку незворотних наслідків**		
Тип ЕС	**Час t1 -** напад ймовірно буде пролонгований, що призведе до постійної судомної активності	**Час t2 -** напади можуть привести до довгострокових наслідків (пошкодження нейронів, смерть нейронів, зміна нейронних мереж і функціональний дефіцит)
Тоніко-клонічний	5 хвилин	30 хвилин
Фокальный ЕС без порушення свідомості	10 хвилин	>60 хвилин
Статус абсансів	10-15 хвилин	невідомо
В даний час дані про часові рамки інших типів ЕС обмежені		

Для класифікації ЕСт пропонується чотири осі: семіологія, етіологія, електроенцефалографічні кореляти та вік.

Вісь 1. Класифікація епілептичного статусу за семіологією

A. З переважно моторними симптомами (діагностика можлива без ЕЕГ):

A.1. Судомний ЕСт (далі – СЕС), синонім: тоніко-клонічний ЕСт).

A.2. Міоклонічний ЕСт (домінують епілептичні міоклонії).

A.3. Фокальний моторний.

A.4. Тонічний статус.

A.5. Гіперкінетичний ЕСт.

B. Без виражених моторних симптомів (несудомний епілептичний статус – далі - НСЕСт):

B.1. НСЕСт із комою (включно з так званим малопомітним ЕСт).

B.2. Без коми:

B.2.a. Генералізований.

B.2.a.a. Статус типових абсансів.

B.2.a.b. Статус атипових абсансів.

B.2.a.c. Статус міоклонус-абсансів.

B.2.b. Фокальний:

B.2.b.a. Без порушення свідомості (аура з вегетативними, сенсорними, зоровими, нюховими, смаковими, емоційними/психічними/емпіричними або слуховими симптомами).

B.2.b.b. Афатичний статус.

B.2.b.c. З порушенням свідомості.

B.2.c. Не визначено, фокальний чи генералізований.

B.2.c.a. Вегетативний (автономний) ЕСт.

Для діагностики ЕСт без переважаючих моторних симптомів (наприклад, НСЕС) обов’язкова ЕЕГ!

Вісь 2. Етіологія:

A. Відома причина:

симптоматичний;

гострий (інсульт, інтоксикація, малярія, енцефаліт та інше);

віддалені наслідки церебральних захворювань (посттравматичний, постенцефалітичний, постінсультний та інше);

прогресуючі захворювання нервової системи (пухлина головного мозку, хвороба Лафора та інші).

B. Невідома причина.

Вісь 3. Електроенцефалографічні кореляти.

Жоден патерн іктальної ЕЕГ будь-якого типу ЕСт не є специфічним.

Для опису патернів ЕЕГ при ЕСт рекомендовано використовувати таку термінологію як локалізація (генералізовані, латералізовані, двобічні незалежні, мультифокальні), назва патерну (періодичні розряди, ритмічна дельта-активність або спайк-хвиля/гостра-повільна хвиля), морфологія (гострота, кількість фаз, абсолютна та відносна амплітуда, полярність), часові особливості (поширеність, частота, тривалість та індекс добового патерну, початок, динаміка), модуляція (індукований стимулом, спонтанний) та ефект впливу лікарських засобів на ЕЕГ.

Вісь 4. Вік пацієнта: новонароджений (від 0 до 30 днів); немовля (від 1 місяця до 2 років); дитина (>2 до 12 років); підлітки та дорослі (>12 до 59 років); літні особи (≥60 років).

Епілептичний статус при окремих електроклінічних синдромах залежно від віку:

A. Епілептичний статус при синдромах епілепсії, що характерні для новонароджених і немовлят:

тонічний статус (наприклад, при синдромі інфантильних спазмів);

міоклонічний статус при синдромі Драве;

фокальний статус;

фебрильний епілептичний статус.

B. Епілептичний статус, що розвивається переважно в дитячому та підлітковому віці:

вегетативний епілептичний статус у ранньому дитинстві при доброякісній потиличній епілепсії;

НСЕСт при специфічних синдромах та етіології епілепсії дитинства (наприклад, синдром Ангельмана, епілепсія з міоклонічно-атонічними нападами, інші міоклонічні енцефалопатії дитинства);

тонічний статус при синдромі Леннокса-Гасто;

міоклонічний статус при прогресуючій міоклонус-епілепсії;

електричний епілептичний статус повільного сну;

афатичний статус при синдромі Ландау-Клеффнера.

C. Епілептичний статус, що розвивається переважно в підлітковому і дорослому віці:

міоклонічний статус при ювенільній міоклонічній епілепсії;

статус абсансів при ювенільній абсанс-епілепсії;

міоклонічний статус при синдромі Дауна.

D. Епілептичний статус, що зазвичай спостерігається в похилому віці:

міоклонічний статус при хворобі Альцгеймера;

НСЕСт при хворобі Крейтцфельдта-Якоба;

статус абсансів у дорослих, що виник *de novo* (або рецидивуючий).

Ці форми епілептичного статусу можуть зустрічатися переважно у вказаних вікових групах, але це не є облігатним.

Критерії ЕЕГ при НСЕСт (несудомний епілептичний статус) Американського товариства клінічної нейрофізіології:

1. Генералізовані або фокальні спайки, що повторюються, поліспайки, гострі хвилі, комплекси «спайк — хвиля»/«гостра — повільна хвиля» або інші ритмічні хвилі з частотою >2,5/с тривалістю понад 10 с, або

2. Ті ж форми сигналів, що і вище, з розрядами <2,5/с, але:

a) з явними клінічними іктальними явищами, такими як посмикування обличчя, нистагм або міоклонус кінцівок;

b) однозначною еволюцією ритмічного патерну, що включає збільшення або зменшення частоти (понад 1 Гц), зміну морфології або локалізації розряду (поступове поширення ритмічної активності в ділянку або ділянки з участю як

мінімум двох електродів). Лише змін амплітуди чи різкості розряду недостатньо; або

с) з ритмічними дельта-хвилями з частотою >1/с з додатковим критерієм однозначного клінічного поліпшення, або поліпшення на ЕЕГ (наприклад, зникнення епілептиформних розрядів і повторна поява раніше відсутніх нормальних фонових ритмів і реактивності), або того й іншого відразу після негайного введення лікарського засобу, швидкодіючих ПЕЛЗ, зазвичай бензодіазепінів. Лише зникнення розрядів без клінічного поліпшення, буде недостатньо.

Стадії епілептичного статусу

