



○ ○ ○ ○ ○

# ЕПІЛЕПСІЯ У ПИТАННЯХ ТА ВІДПОВІДЯХ

○ ○ ○ ○ ○

**ПОРАДНИК**  
для хворих на епілепсію  
та членів їх родин

Автор Лідія Мар'єнко, д. мед. н.,  
професор кафедри неврології  
Львівського національного медичного  
університету імені Данила Галицького,  
керівник Львівського обласного  
протиепілептичного центру



# — Епілепсія у питаннях і відповідях

(порадник для хворих на епілепсію та членів їх родин)

## Розділ I. ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ

### — 1. Що таке епілептичний напад? Чому він виникає?

Епілептичний напад виникає внаслідок надмірного електричного розряду нервових клітин, які називаються нейронами. Для того щоб виникли ознаки нападу, необхідна достатня кількість аномально функціонуючих нейронів, які б одночасно розрядились. Ця група клітин називається епілептогенним вогнищем.

В більшості випадків передбачити день і час виникнення нападу неможливо, але деякі хворі знають, які обставини можуть спровокувати приступ.

### — 2. Що таке епілепсія?

Назва хвороби походить від грецького слова *epilambanein*, що означає “раптово схоплюю” і характеризує основну ознаку захворювання — раптовий непередбачуваний початок приступу. У деяких осіб напад може виникнути один раз за все життя і буває спровокованим тривалим безсонням, надмірним вживанням алкоголю, нервовим перенапруженням, або поєднанням цих чинників. Якщо приступ виникає при розвитку інсульту чи запалення мозку, в гострому періоді черепно-мозкової травми чи при отруєнні — це ще не епілепсія, а тільки реакція мозку на певну гостру патологію, так званій гострий симптоматичний епілептичний напад. Про епілепсію, як хворобу, говорять тоді, коли напади виникають і повторюються без всякої видимої зовнішньої причини.

### — 3. Які види нападів існують?

Вид (або тип) нападу значною мірою залежить від ділянки мозку, де знаходиться епілептогенне вогнище, тобто місце скупчення аномально функціонуючих нервових клітин. Це можуть бути різні ділянки кори головного мозку, а часом і більш глибокі структури. Як правило, всі знають про судомні напади, тобто такі, які супроводжуються руховими феноменами — корчами, або судомами. Такі приступи найбільш драматичні, тому що хворий падає з криком, втрачає свідомість, в перші 30–40 секунд не дихає, все тіло напружується, кінцівки витягуються. Це так звана тонічна фаза приступу, після якої наступає клонічна фаза. Під час неї кінцівки ритмічно здригаються. Під час нападу хворий може одержати травму, прикусити язик або щоку, мимовільно помочитись. Після приступу деякі хворі відразу приходять до себе, інші деякий час залишаються дезорієнтованими, не вступають в контакт з оточуючими, може наступити післянападовий сон.

Але крім цих нападів, які називаються білатеральними тоніко-клонічними (стара назва — *grand mal*, великий напад), існують і інші приступи, коли судоми не спостерігаються. Натомість хворий може ходити, виконувати певні дії, часом безглузді, говорити недоречні фрази. Хворий може нагадувати заклопотану, занурену в свої думки людину, яка не звертає у вагу на оточення. Під час цих приступів свідомість хворого потьмарена, а після закінчення нападу людина нічого про нього не пам'ятає. Ці приступи називають вогнищевими з порушеним усвідомленням. Найчастіше вони бувають при ураженні скроневої частки мозку.

Існують також так звані усвідомлені вогнищеві напади, при яких пацієнт пам'ятає все — від початку до кінця нападу. Це може бути судома в руці, або нозі, раптова зупинка мови, короткочасне (1–2 хв.) затерпання частини або половини тіла. Хворий може раптово відчутися запах, звук, смак, які насправді не існують. Всім відомий такий феномен як «дежа вю» (від французького *déjà vu* — колись бачене). Це стан, коли особа попадає в незнайоме місце, але їй здається, що колись вона вже тут була. Іноді такий стан може трапитись будь-с ким, іноді при інших, ніж епілепсія, захворюваннях. Але коли такі явища виникають часто і перед очима, або в думках з'являються картини пережитих подій, слід подумати, чи немає у людини так званих когнітивних нападів. У одного хворого може бути декілька типів приступів — із збереженим, або порушеним усвідомленням самого нападу або оточуючої обстановки, або із повністю втраченою свідомістю, з судомами або без них. Ці типи залежать від ступеню ураження мозку, наявності одного або декількох епілептогенних вогнищ, деяких інших причин. У одного хворого можуть бути і вогнищеві, і генералізовані напади.

При абсансах (стара назва — *petit mal*, малі напади, генералізовані безсудомні напади), які в основному бувають у дітей, відмічаються дуже короткі (кілька секунд) виключення свідомості без судом. Частота абсансів може бути дуже високою, до сотні і більше приступів на день. Дитина не падає, а просто може дивитись в одну точку, «застигає». Такі діти справляють враження неухважних, задумливих. Під час нападу може виникати ритмічне посмикування очних яблук, жувальні рухи, дитина може випустити предмети з рук, змінюється колір шкіри обличчя. Після нападу хворий продовжує виконувати перервану дію.

При міоклонічних приступах виникають дуже швидкі неритмічні скорочення в різних групах м'язів, в верхніх, нижніх кінцівках, або в цілому тілі.

Ми навели приклади найбільш частих варіантів нападів. Тому розібратись, який приступ виник у людини і де локалізується зона ураження, зможе тільки лікар-невролог.

#### — 4. Чи часто зустрічається епілепсія?

Епілепсія вважається однією з частих хвороб нервової системи. У світі нараховується близько 65–70 млн хворих. Приблизно 0,8–1,2% населення

планети потерпають від нападів, а 5% — мали в житті хоча б один приступ. В розвинених країнах щороку виникає 50 нових випадків епілепсії на 100 тис. населення.

20 % загальної популяції потребують консультації лікаря по причині виникнення певних станів, які нагадують епілептичний напад. Це можуть бути приступи втрати свідомості, викликані хворобами серця чи легень, внаслідок вживання деяких ліків, інших хімічних середників, при зниженні або підвищенні рівня глюкози в крові, при гіпотонії і анемії, при патології судин мозку тощо. Також можуть виникати психогенні неепілептичні напади, які спостерігаються у осіб із збудливою нервовою системою без органічних змін в головному мозку. Тому перелік захворювань, з якими слід диференціювати епілептичні напади, є досить великим.

## — 5. В якому віці виникає епілепсія?

Епілепсія може виникнути в будь-якому віці незалежно від статі чи етнічної групи. Все залежить від причини, яка зумовила захворювання. Можлива наявність генетичної схильності. Статистичні дані свідчать, що частіше хворіють діти (особливо першого року життя) і особи похилого віку (понад 65 років). У дітей та старших осіб клітини мозку можуть стати надмірно збудливі: в першому випадку внаслідок незрілості мозку, генетичних порушень в нейронах, в другому через прогресуючі вікові та хворобливі зміни в ньому. Існують так звані віко-залежні форми епілепсії. Особливо вони характерні для дитячого та підліткового віку і певна частина з них мають сприятливий прогноз щодо одужання.

## — 6. Які причини виникнення епілепсії?

Існує шість основних етіологічних груп захворювання (поділ за причинами хвороби) згідно нової класифікації 2017 р.:

**1. Генетична** (попередня назва — ідіопатична) епілепсія. Основна причина її виникнення — безпосередній результат відомого або ймовірного генетичного дефекту (ів). Такі форми епілепсії складають близько 10 % всіх випадків захворювання. Напади є ядром хвороби, яка не проявляється в 100 % у нащадків, а тільки в певному відсотку випадків. «Генетична» епілепсія не завжди означає «спадкова», оскільки мутації в генах можуть виникнути у внутрішньоутробному періоді, або навіть після народження. Вже з'ясовані локалізації патологічних генів на хромосомах для більшості таких форм епілепсії. Структурних змін в головному мозку пацієнтів не спостерігається.

**2. Структурна** (попередня назва — симптоматична) епілепсія має відому причину, розглядається як наслідок або прояв захворювань центральної нервової системи (ЦНС) і є найбільш частою формою епілепсії у дорослих. Більшість існуючих захворювань головного мозку можуть з різною вірогідністю дати початок розвитку епілепсії зі структурними змінами в головному мозку, які виявляються при проведенні магнітно-резонансної

томографії. Це — травми, пухлини, вроджені вади розвитку мозку, судинні захворювання та ін. Навіть такі хвороби як розсіяний склероз, хвороба Альцгеймера можуть в невеликому відсотку випадків супроводжуватись епілептичними нападами. Важливе значення має перебіг пологів, при яких народився хворий. Це можуть бути ускладнення при вагітності у матері, травма мозку при пологах, удушення, наприклад, при обвитті шії дитини пуповиною, довгий безводний період, або стрімкі пологи, які можуть привести до виникнення патологічних вогнищ в головному мозку.

**3. Метаболічна епілепсія** (в попередній класифікації 1989 р. такі форми захворювання належали до групи симптоматичної епілепсії). При них існує чіткий, генетично зумовлений метаболічний стан (наприклад дефіцит транспортера глюкози, мітохондріальні розлади). Ці форми епілепсії проявляються в основному в дитячому віці і потребують спеціальних досліджень, особливо при наявності нападів, які погано піддаються лікуванню.

**4. Інфекційна епілепсія** (раніше теж належала до симптоматичної епілепсії) виникає як наслідок запальних (інфекційних) хвороб головного мозку (менінгітів, енцефалітів, викликаних різними збудниками: вірусами герпесу, кору, паротиту, краснухи та ін., малярії, туберкульозу, СНІДу, нейроцистоцеркозу, токсоплазмозу, нейроборреліозу та ін.).

**5. Імунна епілепсія** (нова етіологічна група), при якій виникає яскраво виражена імунна відповідь головного мозку на пошкоджуючий чинник з ознаками запалення центральної нервової системи (наприклад, лімбічний енцефаліт, деякі тяжкі дитячі епілептичні енцефалопатії).

**6. Епілепсія невідомої етіології** (із невідомою причиною, попередня назва — криптогенна епілепсія), при якій точну причину не вдається з'ясувати навіть при використанні сучасних методів дослідження. На жаль, у частини хворих безпосередній чинник визначити не вдається. Часто хворий не може дати інформацію про захворювання, які він переніс в дитинстві, як реагував на щеплення, чи мав травми голови, судоми при підвищенні температури тіла тощо. І тоді причина хвороби залишається прихованою. Така форма епілепсії зустрічається в 30–40% випадків.

## — 7. Чи можна померти під час приступу?

Значна більшість епілептичних нападів не є смертельними.

Небезпечним є травматизація під час нападу. Навіть в тих випадках, коли немає падіння під час судомного приступу, хворий з порушеним усвідомленням може впасти зі сходів, чи обпектись біля вогню, поранитись ножом чи іншим гострим предметом. Ризик утоплення у хворих на епілепсію майже в 20 разів вищий, ніж у здорових осіб. Тому існують обмеження у виборі професій для таких хворих — вони не повинні керувати автомобілем, працювати на висоті, у воді, з ріжучими, колючими предметами, з електрикою чи газом.

В останні роки розглядається ще одна достатньо часта причина смерті при епілепсії. Це так звана SUDEP (англ. — sudden, unexpected death in epilepsy) або українською РАНСЕР — раптова, несподівана смерть при епілепсії, яка не пов'язана з травмою чи утопленням, смерть, при якій помертне обстеження не виявляє анатомічну або токсикологічну її причину. РАНСЕР виникає приблизно у одного із 10 000 пацієнтів із недавно діагностованою епілепсією і у 1 із 1000 при хронічному тяжкому фармакорезистентному перебігу хвороби, коли ліки не допомагають повністю позбутись нападів. Найважливішим фактором ризику такого фатального наслідку є виникнення генералізованого судомного тоніко-клонічного нападу, особливо вночі, коли немає свідків, які б допомогли пацієнту. Важливою причиною такого наслідку може бути порушення режиму лікування (самовільна відміна ліків, пропуск доз), або коли хворий не дотримується певних пересторог (див.нижче).

Інше тяжке у складненні епілепсії — так званий епілептичний статус, коли приступи стають настільки частими, що між ними хворий не приходять до свідомості. Це супроводжується значними патологічними змінами як в головному мозку, так і в організмі в цілому. Якщо вчасно не надати хворому медичної допомоги, такий стан може закінчитись летально. Тому при незвичному почастішанні нападів, тривалості судомного приступу понад 5 хв., при появі так званих серійних приступів слід негайно звернутись до лікаря.

#### — 8. Чи епілепсія є психічним захворюванням?

Ні, епілепсія — не психічне, а неврологічне захворювання. Однак спільним між цими хворобами є порушення в головному мозку, часом генетична схильність до їх виникнення. Деякі епілептичні приступи (так звані вогнищеві з порушеним усвідомленням) можуть нагадувати психічні розлади (у хворих можуть з'являтися зорові, слухові, смакові та інші галюцинації, неадекватна поведінка, рухи кінцівками (перебирання руками, педалювання ногами, тощо), жування, повторення незрозумілих фраз і т.ін). Але психічно хворих людей такі порушення проявляються тривало або постійно, а у хворих на епілепсію — короткочасно, тільки під час нападів, і в міжприступному періоді пацієнти не мають психічних розладів. Як і при багатьох інших нервових хворобах чи захворюваннях внутрішніх органів, у пацієнтів з епілепсією можуть бути порушення настрою, плаксивість, дратівливість, тривожність, депресивні порушення, слабкість. При дуже тяжкому, тривалому перебігу епілепсії, нерегулярному прийомі ліків, несприятливих соціальних умовах, за деяких інших причин, у хворих можуть виникнути психотичні розлади (психози), спроби самогубства, які потребують термінової госпіталізації і лікування в психіатричній лікарні.

#### — 9. Чи можна передбачити появу нападу?

Однією з характерних ознак епілепсії є власне непередбачуваність

приступів. Однак часом батьки хворої дитини можуть помітити зміни її поведінки за декілька годин або навіть днів до нападу. Дорослі хворі також часом відчують наближення приступу змінами настрою, болями голови. У частини пацієнтів приступ починається з так званої стереотипної аури, яка триває декілька секунд і вважається початком нападу, а не просто його передвісником. Це може бути відчуття затерпання в кінцівках, коротке посмикування певної групи м'язів, поява неприємного запаху, зорових порушень, запаморочення, нудоти, болю в животі, відчуття «колись баченого» (*déjà vu* — дежа в'ю) тощо. Далі наступає втрата свідомості з судомами. Аура дає змогу запобігти травматизації під час приступу: хворий встигає присісти або лягти.

## — 10. Що може спровокувати епілептичний напад?

Найбільш часті чинники, які можуть спровокувати виникнення нападу, наступні:

- нерегулярний прийом або самовільна відміна протиепілептичних препаратів;
- тривале позбавлення (депривація) сну, або зменшення годин сну;
- вживання алкоголю, наркотиків, «енергетичних» напоїв, стресові ситуації;
- вживання ліків, які провокують епілептичні напади.

Крім порушення ритму сну, яке може виникнути внаслідок стресової ситуації, або зміни годинних поясів при перельотах літаком, при роботі в нічні зміни, можливі раптові пробудження, викликані зовнішніми подразниками. Все це може провокувати напади. Тому будильник з гучним дзвінком неприйнятний для хворих на епілепсію.

При деяких формах епілепсії існують специфічні подразники, які провокують напади. Це, наприклад, миготіння світла у хворих з так званою рефлекторною фотосенситивною епілепсією. Напади в таких випадках можуть провокуватись навіть поглядом на сонце, інші яскраві об'єкти, при переході з темного в світле приміщення, при миготінні світла на дискотечі, при перегляді телепередач з частою зміною зображення, відеоіграх, при катанні на атракціонах. У інших пацієнтів бувають «свої» причини: стрес, перевтома, фізичне виснаження, вживання деяких ліків, алергія, підвищення температури тіла, у жінок — передменструальний період. Тому успіх лікування кожного хворого в значній мірі залежить від того, наскільки людина пам'ятає і уникає тих чинників, які можуть викликати напад.



## Розділ II. ДІАГНОСТИКА ЕПІЛЕПСІЇ

### — 11. Як правильно поставити діагноз епілепсії?

Як вже вказувалось, єдиний приступ ще не дає підстав для діагнозу епілепсії. Про неї можна говорити лише тоді, коли напади повторюються без видимої зовнішньої причини. Але часом і після одного нападу і проведення додаткових досліджень діагноз стає очевидним.

Для правильної діагностики передусім важливим є точне описання приступу його свідками або самим хворим (хоча б тієї частини нападу, яку він пам'ятає, якщо у пацієнта було порушене усвідомлення): що могло спровокувати напад, в який час доби він виник, якими були перші і наступні ознаки приступу, як довго він тривав, як хворий "виходив" з нього. Лікар також буде цікавитись всіма перенесеними хворобами, спадковістю, шкідливими звичками тощо. Треба детально про все розповісти, нічого не приховуючи. Якщо існує можливість, допомогою у встановленні діагнозу може слугувати відео нападу, записане свідками на смартфон.

Далі лікар проводить неврологічне обстеження і скеровує пацієнта на додаткові методи обстеження. Найважливішим з них є електроенцефалографія (ЕЕГ), яка є безпечним і дуже інформативним методом дослідженням функції головного мозку. Хворому також буде призначено магнітно-резонансну томографію (МРТ) з роздільною здатністю апарату 1.5 Тесла для виявлення можливих структурних уражень мозку. Останнім часом комп'ютерну томографію (КТ) визнано недостатньо інформативним методом обстеження для встановлення причини епілепсії. Крім того, необхідно провести дослідження крові та сечі, інші обстеження за показаннями, за потреби вдатися до генетичних досліджень.

### — 12. Як проводиться електроенцефалографія (ЕЕГ)?

За допомогою ЕЕГ реєструється електрична активність клітин мозку. Для цього на голову накладають спеціальні електроди, які утримуються гумовим шоломом. Електричні потенціали сприймаються електродами, підсилюються апаратурою в мільйони разів і реєструються на папері або на екрані комп'ютера. Цей метод абсолютно нешкідливий і безпечний. На хворого не діють жодні шкідливі чинники, такі як струм, або ультразвук, тому можна реєструвати електричну активність мозку безперервно навіть декілька діб (ЕЕГ-моніторинг), в тому числі і під час сну.

Звичайне обстеження триває близько 30 хвилин. Перед процедурою необхідно поїсти, не пити каву і не палити, бути спокійним. Бажано, щоб голова була чистою, тому що жир на шкірі перешкоджає доброму контакту з електродами. Обстеження проводиться при заплющених очах в тихій затемненій кімнаті, або в спеціальній кабіні і складається з кількох етапів. Спочатку записують так звану фонову електроенцефалограму, а далі

проводять функціональні проби. Лікар просить хворого розплющити очі і старатись не кліпати декілька секунд. Наступною пробою є гіпервентиляція, тобто глибоке ритмічне дихання протягом щонайменше 3-х хвилин. Під кінець такої проби може виникнути легке запаморочення, яке минає досить швидко. Потім проводять фотостимуляцію: на хворого діють миготінням світла різної частоти. Проведення функціональних проб допомагає виявити аномальне функціонування певних ділянок мозку, тому такі проби ще називають активуючими.

Дітям, особливо молодшого віку, важко провести всі функціональні проби, а часом і взагалі повноцінне обстеження. Тому у дітей бажано проводити запис ЕЕГ уві сні.

Категорично не можна відмінити протиепілептичне лікування перед проведенням обстеження. Щонайбільше на пару годин можна відтермінувати прийом ранкової дози препаратів.

В міжприступному періоді у частини хворих можна не зареєструвати змін, що підтверджували б діагноз епілепсії. Але це ще не означає, що хвороби немає. Тому необхідно провести повторні обстеження, часом пропонують пройти обстеження після безсонної ночі. І, навпаки, у деяких осіб, що ніколи не мали нападів і прийшли на обстеження з інших причин, можна виявити так звані епілептиформні порушення. Тому для діагнозу епілепсії основною підставою повинні бути клінічні ознаки хвороби.

Значною допомогою у діагностиці епілепсії є відео-ЕЕГ-моніторинг, тобто багатогодинний (або навіть кількодобовий) синхронний запис електроенцефалограми, відео- і аудіо даних про рухову і поведінкову активність пацієнта. Це дослідження проводиться включно з реєстрацією стану пацієнта під час сну, тому його часто називають відео-ЕЕГ-моніторинг сну, або нічний ЕЕГ моніторинг. Це дослідження має важливе значення для диференційної діагностики різних пароксизмальних станів з епілепсією.

В процесі лікування епілепсії ЕЕГ допомагає оцінити його ефективність.

### **— 13. Чи залежать результати ЕЕГ обстеження від того, на якому апараті воно проводиться?**

Апарати для проведення ЕЕГ (електроенцефалографи) виробляються різними фірмами і принципово мало чим відрізняються один від одного. Їх відмінності полягають в рівні технічного сервісу: з використанням комп'ютерного топографічного картування, чи просто із записом ЕЕГ на папір (в теперішній час майже не виконується), в кількості електродів, які реєструють потеціали клітин мозку. Результати ЕЕГ в значно більшій мірі залежать від кваліфікації і досвіду лікаря-нейрофізіолога, який повинен знати основи епілептології.

#### — 14. Які методи обстеження, крім ЕЕГ, повинні бути призначені хворому з епілепсією?

Згідно міжнародних стандартів обстеження хворих на епілепсію, кожному пацієнту необхідно провести нейровізуалізацію, тобто використати апаратуру, яка дозволяє побачити структури головного мозку на екрані монітора комп'ютера із наступним записом даних на диск або на плівку. В останні роки переважно використовують магнітно-резонансну томографію.

- **Магнітно-резонансна томографія** є одним з найбільш точних методів діагностики структурних змін головного мозку. Ядерно-магнітний резонанс (ЯМР) — це фізичне явище, яке ґрунтується на властивості деяких атомних ядер при перебуванні їх в сильному магнітному полі поглинати енергію в радіочастотному діапазоні і випромінювати її після припинення дії радіочастотного імпульсу. За своїми діагностичними можливостями МРТ переважає комп'ютерну томографію, особливо апаратура із значною потужністю (щонайменше 1,5 Тесла). До основних недоліків слід віднести відносно високу вартість обстеження, неможливість обстеження хворих з кардіостимуляторами та металічними імплантатами після хірургічних операцій. У деяких хворих неможливо провести КТ або МРТ через клаустрофобію (страх перед замкненими просторами), оскільки треба перебувати в окремій камері близько 30–40 хв. Діти молодші 2 років обстежуються під загальним наркозом.
- **Комп'ютерна томографія** — це метод дослідження мозку за допомогою рентгенівського випромінювання. Під час дослідження проводиться серія знімків в різних площинах, що дозволяє отримати зображення в трьох вимірах. КТ дозволяє виявити структурні зміни в головному мозку (пухлини, кальцифікати, кисти тощо). Однак КТ поступово втратила своє значення для діагностики епілепсії, оскільки виявляє лише значні структурні зміни і може не мати інформативного значення при деяких патологіях нервової системи, особливо вроджених.

#### — 15. Чи існують інші методи діагностики епілепсії?

З метою диференційної діагностики епілептичного і неепілептичного походження приступів, лікар може скерувати пацієнта на додаткові обстеження. Наприклад, при раптових втратах свідомості, які можуть бути пов'язані із хворобами серця і судин, на ультразвукову доплерографію судин голови та шиї, УЗ-кардіографію (Ехо-КГ), інші спеціальні обстеження серцевої діяльності, ультразвукове обстеження внутрішніх органів, огляд очного дна, детальне дослідження крові. В деяких випадках потрібна генетична консультація.

## — 16. Чи потрібно проводити повторні медичні обстеження за відсутності нападів?

Лікування епілепсії досить тривале. Відміна препаратів можлива за умови відсутності нападів протягом 3–5 років (у дітей може наступити відміна раніше в залежності від форми епілепсії). Але відсутність нападів не завжди означає, що лікування можна припинити. В основному це залежить від причини, яка викликала епілепсію. Тому контрольні обстеження (неврологічний огляд, ЕЕГ, аналізи крові та сечі для визначення функції нирок, печінки, кровотворної системи) потрібно проводити не рідше одного разу на 4–6 місяців. Це особливо важливо для контролю можливої побічної дії протиепілептичних препаратів. Повторні МРТ обстеження проводяться за необхідності один раз на 3–5 років.

## — 17. Чи можуть бути приступи неепілептичними?

Бувають приступи втрати свідомості, не пов'язані з епілепсією. Це можуть бути так звані синкопи (зомління). Їх причини різноманітні: порушення з боку серцево-судинної, дихальної, нервової системи, вегетативні, метаболічні розлади. Порушення свідомості можуть бути при хворобах серця (аритмії, вади серця), зниженні рівня глюкози в крові, при перебуванні в душному приміщенні, часом виникають рефлекторно при стресі, кашлі тощо.

Епілептичні напади також треба відрізнити від приступів мігрені, порушень сну, психогенних неепілептичних приступів, панічних атак, у дітей — від афективно-респіраторних пароксизмів (дитина "заходиться" в плачі), спазмофілії (при зниженні рівня кальцію в крові). Остаточний діагноз можна поставити тільки з врахуванням обстежень, які призначить лікар.

## — 18. Чи сомнамбулізм (сноходіння) є епілептичним приступом?

В значній більшості випадків сноходіння, сноговоріння, нічні жахи, скреготіння зубами (бруксизм) виникають у дітей уві сні і не є епілептичними нападами, а зумовлені перевтомою, емоційними навантаженнями. Але оскільки в дитячому віці майже половина епілептичних нападів виникає період сну, то лише детальне обстеження з використанням ЕЕГ (відео-ЕЕГ-моніторингу) може уточнити характер приступів.

## — 19. Чи є епілепсією судоми у дітей при підвищенні температури?

Ні. Так звані фебрильні судоми, або фебрильні напади не розглядаються як форма епілепсії. Вони виникають тільки у деяких дітей (2–5%) з певною схильністю до такої реакції мозку на підвищення температури у віці між 3 місяцями і 5 роками. Ці приступи супроводжують загальні захворювання (харчові отруєння, респіраторні вірусні інфекції, отити, фарингіти тощо)

і, як правило, проходять до 5-річного віку. Приступи бувають тонічними, клонічними, тривають не більше 5 хвилин (так звані прості фебрильні напади), у 30-40% дітей мають тенденцію до повторюваності навіть через рік-два. Спеціального протисудомного лікування не потребують. Батькам слід пам'ятати, що при підвищенні температури у таких дітей необхідно негайно вжити заходів до зниження температури. У випадку, коли фебрильні напади тривають 10-15 хвилин, а судомні охоплюють кінцівки однобічно (так звані складні фебрильні напади), після консультації дитячого невролога може бути призначено протисудомну терапію відразу. Якщо ж судомні напади виникають у дітей на фоні ураження нервової системи при запаленні мозку, або його оболонок, то прогноз залежить від своєчасного і правильного лікування як інфекції, так і самих судом. У 5-15% дітей з фебрильними нападами є ризик розвитку епілепсії навіть через багато років. Більшу вірогідність появи епілептичних нападів в майбутньому мають діти з ураженням нервової системи, з затримкою психо-моторного розвитку. Зрідка фебрильні напади можуть бути першим проявом тяжкої епілептичної енцефалопатії (синдрому Драве). Тому дітям з фебрильними нападами в анамнезі бажано проводити контрольне ЕЕГ обстеження не рідше одного разу в півроку після першого епізоду, а в подальшому — один раз на два-три роки.

## Розділ III. ЛІКУВАННЯ ЕПІЛЕПСІЇ

### — 20. Чи треба взагалі лікувати епілепсію?

Так. Лікування ставить за мету досягти повного припинення нападів, тому що повторювані напади негативно впливають загалом на здоров'я хворого, несуть ризик отримання травми, небезпечної для життя. Часті напади ведуть до погіршення розумових здібностей, порушень настрою, поведінки, пам'яті. Присутність нападів впливає і на оточення, у частини людей формується негативне відношення до хворого, що приводить до його стигматизації, тобто відчуття себе неповноцінною людиною. Пацієнт намагається ізолюватись від суспільства, соромиться своєї хвороби, намагається її приховати. З'являється низка соціальних проблем: обмеження в отриманні освіти, працевлаштуванні, одруженні. Не дивлячись на значні успіхи медичної науки в діагностиці і лікуванні епілепсії, частина хворих в усіх країнах, навіть високорозвинутих, не отримують адекватного лікування. Деякі особи бояться побічних дій препаратів, не вірять в успіх лікування, звертаються до цілителів, знахарів, екстрасенсів. Це неприпустимо, оскільки втрачається час, а шкода, яку приносить некваліфіковане лікування, значно більша, ніж очікувані ризики побічних дій протиепілептичних препаратів.

### — 21. Як надати першу допомогу при епілептичному приступі?

Генералізований судомний напад може налякати будь-яку людину, яка ніколи його не бачила. Треба розуміти, що під час нападу людина нічого не відчуває, не усвідомлює і, як правило, пам'ятати напад не буде. Під час приступу потрібно зберегти спокій, не робити хворому штучного дихання, не намагатись відкрити рот, проштовхучи в затиснуті зуби різні предмети. Не слід насильно стримувати рухи. Хворого треба вберегти від травматизації, для чого покласти його на рівну поверхню, підкласти під голову щось м'яке, повернути голову на бік для попередження западіння язика, потрапляння слини в дихальні шляхи. Судоми пройдуть через декілька хвилин. Після нападу треба спокійно дочекатись, поки хворий прийде до тями, так як певний час він може бути дезорієнтованим. Часто після нападу хворі засинають. Якщо судомі тривають більше 5 хвилин, хворий отримав травму, або це вагітна жінка, треба викликати швидку допомогу. Хворим з абсансами спеціальна допомога не потрібна. При вогнищевих нападах з порушеним усвідомленням можливі різноманітні рухові, емоційні феномени. Хворі можуть сидіти або ходити, намагатись вийти з приміщення, говорити, кричати, сміятись, мати неприємні відчуття. Усвідомлення того, що відбувається, в таких випадках повністю або частково відсутнє. В останньому випадку у хворого залишаються уривчасті спогади про напад.

Під час нападу не треба намагатись перешкоджати хворому в його діях, старатись покласти в ліжко або посадити на стілець, заспокоювати, вмовляти. Необхідно вжити заходів, щоб запобігти ушкодженням (прибрати гострі предмети, вимкнути газ, воду, якщо приступ стався на кухні тощо). Якщо ризику травми немає, можна просто спостерігати за хворим, при цьому не розмовляючи з ним. Після закінчення приступу не треба відразу намагатись дати ліки, робити ін'єкції, так як пацієнт певний час може буди дезорієнтованим. Лікарська допомога потрібна тоді, коли такий напад триває більше 30 хвилин, або за першим приступом відразу виникає наступний.

## — 22. Чи епілепсія є невиліковною хворобою?

Ні, перебіг і прогноз епілепсії можуть бути різними. Існують так звані самообмежені (доброякісні) форми хвороби з повним одужанням. Це, як правило, епілепсії дитячого віку, такі як доброякісна дитяча епілепсія з центротемпоральними спайками (роландична), потилична епілепсія (синдром Панайотопулоса), епілепсія з ізольованими тоніко-клонічними нападами, абсансна епілепсія, які можуть бути розрішеними у віці 16-18 років. В таких випадках основним є правильна діагностика захворювання з призначенням адекватного лікування. Згідно наукових досліджень середня тривалість епілепсії становить 12 років. При епілепсії внаслідок перенесеної черепно-мозкової травми, менінгіту (запалення мозкових оболонок) чи енцефаліту (запалення мозку), вад розвитку мозку чи наслідків судинних уражень, коли існує епілептогенне вогнище, прогноз залежить від ступеню ураження нервової системи, своєчасно розпочатого лікування, дотримання хворим всіх рекомендацій лікаря, включно з регулярним прийомом протиепілептичних препаратів. Перебіг захворювання буває змінним: тяжкі форми набувають більш стабільного перебігу, стають легшими і навпаки. Відомо, що чим швидше розпочато лікування і хворий відразу позбувся нападів, тим більші сподівання на повне одужання. І, навпаки, при неуспішності лікування першим призначеним препаратом, невдачі в підборі наступного, а часом і при призначенні невідповідного форми епілепсії лікарського засобу, шанси на одужання зменшуються.

## — 23. Чи можна позбутися епілептичних нападів?

Якщо неможливо повністю вилікувати епілепсію, то при регулярному прийомі протиепілептичних препаратів у 50-60% хворих вдається досягти повного контролю над нападами, тобто добитися їх зникнення, у 20-25% вони стають значно рідшими і менш інтенсивними. Але, на жаль, майже третина хворих, незважаючи на всі зусилля, включаючи можливості оперативного лікування, продовжують страждати від приступів. Але навіть в таких випадках не треба впадати у розпач, так як існують тривалі ремісії, тобто періоди (місяці-роки), коли напади не виникають.

Якщо є визначена структурна патологія головного мозку, яка може бути усунена за допомогою оперативного втручання без появи неврологічного дефіциту (ускладнень), слід провести консультацію нейрохірурга.

#### — 24. Як довго може тривати лікування?

Згідно рекомендацій Міжнародної протиепілептичної Ліги (організації, яка об'єднує понад 15 тис. фахівців з більш як 100 країн світу, які займаються проблемами хворих на епілепсію), лікування триває щонайменше 2 роки у дітей, у дорослих — 3-5 років, відраховуючи від дня останнього нападу. Але навіть якщо у хворого протягом такого періоду лікування не було жодного приступу, це не означає, що прийом препаратів можна припинити. Рішення про відміну лікування залежить від форми епілепсії, її причини, даних додаткових методів обстеження, особливо ЕЕГ. Часом навіть після тривалого періоду відсутності нападів і поступовій відміні препаратів, приступи відновлюються. Тому тривалість лікування дуже індивідуальна, а відміна ліків може бути тільки поступовою, дуже повільною (впродовж 6-12 міс.) під контролем лікаря. Якщо відома локалізація вогнища в мозку, наприклад при пухлині, кисті, рубцевих змінах, можливе оперативне лікування в нейрохірургічній клініці.

#### — 25. Чи потрібно призначати лікування після першого нападу?

Якщо перший в житті напад виник після провокуючих чинників, якими можуть бути недосипання, стрес, перевтома, перезбудження, надмірне вживання алкоголю, або поєднання цих факторів, то в майбутньому слід уникати цих ситуацій і лікування можна не призначати. Тим не менше обстеження у невролога треба пройти в повному обсязі. Іноді епілептичні напади виникають в гострому періоді (триває 7 днів) деяких захворювань ЦНС (напр., інсульту, черепно-мозкової травми, менінгіту, при метаболічних розладах тощо). В таких випадках діагноз епілепсії ще не встановлюється, оскільки приступ був спровокованим тією чи іншою причиною і може в подальшому не повторитись. Якщо ж епілептичний напад стався «серед повного здоров'я», спонтанно, то, згідно наукових досліджень, ризик повторних нападів без лікування є найвищим в найближчі 2 роки (21% – 45%), а клінічні ознаки, пов'язані з цим ризиком, включають попереднє пошкодження мозку, патологічні епілептиформні порушення на ЕЕГ, значиму патологію на МРТ, напади, які виникають вночі. В таких випадках можливе призначення ліків після першого нападу, але існують ситуації, коли лікування призначають тільки після другого приступу, що лікар завжди буде обговорювати з кожним пацієнтом індивідуально. Однозначно відразу починають лікувати хворих з абсансами, оскільки зволікання з прийомом ліків може привести до виникнення судомних нападів, погіршення перебігу і прогнозу захворювання. При деяких доброякісних дитячих епілепсіях з рідкими нападами лікування відразу не призначається, а часом взагалі є недоцільним. Але для прийняття такого рішення необхідний безумовно



точний діагноз, поставити який може лише фахівець. Багато в прийнятті рішення щодо початку лікування залежить і від самого хворого та його родичів. Страх перед можливістю виникнення повторного нападу спонукає їх просити лікаря негайно призначити протиепілептичні засоби.

## — 26. Які основні методи застосовуються для лікування епілепсії?

Лікування епілепсії в першу чергу полягає в регулярному прийомі протиепілептичних засобів. Тепер їх називають протинападковими (antiseizure medications). В Україні використовуються близько 20 препаратів. Великі фармацевтичні фірми продовжують синтезувати нові ліки, які проходять тривалі клінічні випробування перед тим, як їх схвалить для застосування відповідні медичні структури в різних країнах. Протиепілептичні препарати (ПЕП) пригнічують надмірні електричні розряди, які виникають в клітинах мозку і приводять до виникнення нападів, але не лікують причину хвороби. Існує група так званих “традиційних” або “старих” препаратів, які були синтезовані до 1990 року і група “нових” ліків, які з’явилися на ринку пізніше. Ліки підбирають відповідно до типу нападу і причини захворювання з врахуванням віку, статі хворого, його ваги, супутньої патології.

Лікування починають з призначення одного препарату (монотерапія) з підвищенням дози індивідуально для кожного пацієнта до досягнення ефекту за умови доброї переносимості лікарського засобу. Якщо перший препарат виявляється неефективним, то поступово переходять на лікування іншим з поступовим підвищенням дози до максимальної переносимості. Якщо ж знову лікування виявиться невдалим, призначають комбінації двох середників (дуотерапія). В поодиноких випадках застосовують 3 препарати. Більшу кількість ліків одному хворому призначати вважається недоцільним в першу чергу через сумачію можливих побічних дій. Не можна швидко переходити з лікування одним препаратом на інший, не використавши всі можливості першого, не досягнувши максимально переносимості дози.

Крім лікування протиепілептичними препаратами, хворому за показаннями призначають ліки, які зменшують тривожність, пригнічують настрій, порушення сну. Якщо епілепсія виникла на ґрунті певного неврологічного захворювання (наприклад, судинної патології мозку), то лікують і основне захворювання. При деяких дитячих епілептичних енцефалопатіях призначають кортикостероїди, імуноглобуліни.

У випадках фармакорезистентної епілепсії (коли як мінімум два ПЕП були неефективними — по черзі або в комбінації) можливе проведення хірургічного лікування, застосування стимуляції блукаючого нерва та використання кетогенної дієти (переважно у дітей).

## — 27. Як оцінити ефективність лікування?

Метою протиепілептичної терапії є повне позбавлення хворого від нападів. Але якщо не вдається досягти зникнення нападів при послідовному за-

стосуванні двох ПЕП окремо або в комбінації і в адекватних дозах, то епілепсія вважається фармакорезистентною, тобто такою, яка не піддається тільки медикаментозному лікуванню. Таких хворих налічується біля третини серед всіх пацієнтів з епілепсією. Лікування вважається відносно ефективним тоді, коли при призначенні нового препарату частота нападів зменшується на 75 або 50%. Згідно визначення Міжнародної протиепілептичної ліги (2010), ефективним вважається лікування, якщо нападів немає принаймні 1 рік, або трикратний період між нападами, якщо вони виникають відносно рідко. Наприклад, якщо хворий мав напад що 6 місяців, то для висновку, що пацієнт є вільним від нападів, необхідно щоб принаймні 18 місяців (6x3) вони не виникали. Використання “правила 3-х” забезпечує 95% вірогідності.

Дуже важливим є ведення кожним хворим щоденника нападів, де треба відмічати дні і час доби виникнення приступів, можливі провокуючі фактори. Жінки повинні відмічати дні місячних. Це дозволить лікарю при черговому огляді відкорегувати лікування.

### — 28. Чому лікування епілепсії буває неефективним?

При значних структурних змінах в головному мозку внаслідок перенесених захворювань, при вроджених аномаліях, навіть найбільш сучасні препарати можуть не дати повного контролю над нападами. Поза тим, важливим є правильний підбір препарату в залежності від типу нападу і локалізації епілептогенного вогнища, що залежить в тому числі і від кваліфікації лікаря. Іншими чинниками невдачі лікування можуть бути:

- неправильна діагностика, коли напади не є епілептичними,
- неправильні, часто низькі дози ліків,
- нерегулярний прийом препаратів хворим,
- перехід на вживання того ж ПЕП, але іншої фармацевтичної компанії без узгодження з лікарем,
- вживання алкоголю,
- порушення режиму сну.

Тому співпраця “лікар-пацієнт”(комплаєнс) є запорукою спільного успіху лікування.

### — 29. За яких обставин треба госпіталізувати хворого з епілепсією?

Як правило, хворі на епілепсію лікуються амбулаторно і не потребують перебування в лікарні за виключенням випадків, коли треба встановити тип і частоту нападів та при проведенні медико-соціальної експертизи. Госпіталізація необхідна при почастишанні нападів, особливо при розвитку епілептичного статусу генералізованих судомних нападів, коли вони три-

вають більше 5 хвилин, або виникають один за одним, і між приступами хворий не приходиться до свідомості. В таких випадках пацієнт скеровується в реанімаційне відділення, оскільки такий стан є небезпечним для життя.

### — 30. Як діють протиепілептичні препарати?

Різні групи ПЕП діють на різні механізми епілептогенезу, тобто механізми виникнення нападів. Ця дія розповсюджується на мембрани нервових клітин, на потоки іонів в клітині і позаклітинному просторі, на спеціальні рецептори, на хімічні речовини, які пригнічують або збуджують нервові клітини — нейрони. На сьогоднішній день немає єдиного універсального медикаменту, який би діяв на всі можливі ланки епілептогенезу, але існують препарати з більшим діапазоном такого впливу, наприклад, препарати вальпроєвої кислоти, топірамат. Але ні один протиепілептичний препарат не лікує епілепсії як такої, а лише запобігає виникненню нападів.

### — 31. Чи існують особливості лікування епілепсії у хворих похилого віку?

Досить часто у осіб старших вікових груп лікарями загальної практики недооцінюється можливість розвитку епілепсії. Частіше приступи розглядаються як прояви судинної патології мозку, або результат ураження внутрішніх органів, метаболічних змін в організмі. Відомо, що другий пік захворюваності епілепсією припадає на вік понад 65 років (перший пік — ранній дитячий вік). З врахуванням багатьох супутніх захворювань в старшому віці лікування проводиться в дещо менших дозах, тому що ризик виникнення побічних дій є більшим. Як правило, епілептичні напади в похилому віці лікуються досить успішно.

### — 32. Які бувають небажані побічні дії протиепілептичних препаратів?

На жаль, жоден з протиепілептичних препаратів не позбавлений можливого негативного впливу на організм людини. Тому при їх призначенні лікар, крім прямих показань, повинен зважити і всі можливі ризики для хворого від призначення ліків. Кожен хворий повинен ретельно вивчати анотацію до препарату, повідомляти лікаря негайно про виникнення тих чи інших небажаних явищ. В анотаціях вказані всі можливі побічні дії, але вони не обов'язково повинні бути у всіх хворих, лише у найбільш чутливих осіб. Найчастіше це бувають зміни з боку шлунково-кишкового тракту (нудота, розлади стільця), нервової системи (сонливість, погіршення концентрації уваги, пам'яті, загальмованість). Ці явища можуть досить швидко, протягом кількох днів від початку лікування минути і не потребують відміни препарату. Рідше виникають алергічні висипки (в таких випадках лікування відмінюють), зміни функції печінки, кровотворної системи, які спершу можуть перебігати безсимптомно. Побічними діями можуть бути також зміни ваги тіла (як збільшення, так і зменшення), випадіння волосся, зміни з боку зубів і ясен, болі в суглобах, остеопороз, тремтіння рук, порушення зору, утворення каміння в нирках. Тому обов'язковим є проведення кож-

ному хворому аналізів крові і сечі не рідше 1 разу на 4–6 місяців для корекції лікування. При вживанні хворим інших ліків (антибіотиків, протизаплідних, гіпотензивних, протизапальних, серцевих засобів та ін.), він повинен повідомити про це лікаря-епілептолога, тому що відбуваються взаємодії препаратів, коли вони змінюють концентрацію в крові протиепілептичних середників і цим зменшують їх ефективність і навпаки, протиепілептичні ліки впливають на ефективність інших лікарських засобів. Хворий на епілепсію обов'язково повинен попереджувати лікарів інших спеціальностей (стоматолога, кардіолога, гінеколога і т.ін.) про своє захворювання і ліки, які він приймає.

### — 33. Які протиепілептичні препарати є найбільш ефективними?

Як зазначалось вище (п.30), кожен препарат має свій спектр дії і, допомагаючи при одному типі нападів, може погіршувати перебіг інших. Наприклад, карбамазепін призначається хворим з вогнищевими і білатеральними судомними нападами, а використовуючи його у хворих з абсансами або міоклонічними приступами, можна серйозно нашкодити здоров'ю пацієнта. Існують так звані препарати першої лінії, тобто ті, які призначаються в монотерапії і довели свою ефективність в багатьох дослідженнях і на практиці. До них належать (в залежності від призначення при тих чи інших нападах) — карбамазепін (фінлепсин, зептол, мезакар, карбалекс, тегретол), вальпроати (вальпроком, депакін, конвульсофін, конвулекс), топірамат (топіромакс, топамакс), ламотріджин (ламіктал, ламотрин, епілептал), леветірацетам (кеппра, левіцитам). В якості препаратів другої лінії, або для лікування фармакорезистентних форм епілепсії, як додаткову терапію використовують нові препарати — габапентин (габантин, тебантин, габагама), прегабалін (лірика, неогабін, огранія), лакозамід (вімпат, лакозам) і значно рідше так звані “старі” препарати (дифенін, фенобарбітал, гексамідин, бензонал). Деякі ПЕП ще не зареєстровані в Україні (руфінамід, еслікарбазепін, перампанел, вігатрин, ценобамат та ін.). Вибір правильної тактики лікування, який залежить від кваліфікації і досвіду лікаря-епілептолога, — це запорука сприятливого прогнозу і покращення якості життя пацієнтів.

### — 34. Як приймати ліки?

При придбанні препарату необхідно перевірити термін його придатності. При відсутності призначеного лікарем препарату в аптеці, не можна за порадою фармацевта замінювати ліки іншими, за хімічним складом такими ж засобами, але іншої фармацевтичної фірми. Це можна робити виключно з дозволу лікуючого доктора, тому що безконтрольний перехід з одного препарату та інший може іноді спричинити відновлення або частішання нападів. На початку лікування можлива відсутність негайного ефекту, який може наступити через 1–2-тижні, а у випадку призначення ліків, доза яких підвищується в цілях безпеки досить повільно (топірамат,

ламотріджин) навіть пізніше. Це не є показником неефективності препарату. Ліки бажано приймати в одні і ті ж години. Кратність прийому, дозу препарату не можна змінювати за власним бажанням навіть коли приступи стали рідкими, або навіть надовго зникли, або якщо з'явилися побічні дії ліків. У випадках, коли хворому незрозуміло, як приймати препарат, не слід соромитися зайвий раз проконсультуватись у лікаря. Якщо між візитами до нього у пацієнта виникають ті чи інші запитання щодо лікування чи повсякденних справ, бажано записувати їх в щоденник нападів.

### — 35. Чи потрібно приймати протиепілептичні препарати з метою профілактики нападів після черепно-мозкової травми?

Без сумніву ПЕП необхідно призначити тим хворим, які мали напади в гострому періоді травми (так звані гострі симптоматичні епілептичні напади). Якщо ж нападів не було, таке превентивне лікування не вважається доцільним, тому що немає доказів того, що будь-який протиепілептичний препарат може запобігти розвитку епілепсії. Ризик розвитку епілепсії після відкритої черепно-мозкової травми (наприклад, після вогнепального поранення) сягає 50%, після закритої черепно-мозкової травми (без переломів кісток черепа) — до 5%.

### — 36. Чи краще приймати препарати з пролонгованою дією?

Прийом ліків з пролонгованою дією (з повільним поступленням препарату в кров) дозволяє уникнути різких коливань активної речовини в крові з появою так званого ефекту “піку дози” (погіршення самопочуття, збільшення сонливості, тощо) через 2-3 години після прийому препарату. Крім того, зменшується кількість прийомів до 1-2 раз на добу та знижується ризик виникнення побічних ефектів і появи приступів під час сну.

### — 37. Для чого визначають концентрацію препарату в крові?

Визначення рівня препарату в крові, в першу чергу, необхідно в тих випадках, коли лікування неефективне, напади не припиняються, а з'являються побічні дії. Низька концентрація ліків в крові може бути зумовлена нерегулярним їх прийомом, низькою дозою ліків, проблемами із всмоктуванням в шлунково-кишковому тракті, при патології печінки. Побічні дії можуть виникати через передозування, токсичний рівень препарату в крові, а також при патології печінки і нирок.

### — 38. Які ліки можуть провокувати виникнення нападів?

Хворі на епілепсію повинні знати, що деякі ліки можуть приводити до виникнення або почастішання нападів. Під час вірусних респіраторних інфекцій не можна приймати комбіновані препарати із вмістом фенілефрину, феніраміну (колд-флю, флюколд, фервекс, колдрекс, грипекс, та ін.). Краще приймати чистий парацетамол. Високі дози антибіотиків фторхінолонів

(офлоксацин, ципрофлоксацин), деяких цефалоспоринів, пеніциліну, а також амінофіліну (еуфіліну), деяких протитуберкульозних препаратів можуть мати негативні наслідки у хворих на епілепсію. Знеболення при лікуванні у стоматолога краще не проводити лідокаїном. Протипоказані препарати групи антихолінестеразних — прозерин, оксазил, галантамін, донепезил, а також нейромідин і баклофен. З великою обережністю призначають ноотропні, амінокислотні середники, деякі судинні препарати, антидепресанти, психотропні препарати. Не можна приймати ліки, які містять етиловий спирт. Абсолютно протипоказані камфора (навіть масло), сульфокамфокаїн, коразол, амідопірин. Амфетамін, трамадол — препарати, зловживання якими приводить до виникнення нападів. Порада — завжди читайте інструкцію (розділ — протипоказання і побічні дії) до кожного препарату, призначеного лікарем іншої, ніж невролог, спеціальності!

### **— 39. Як взаємодіють протиепілептичні препарати з іншими ліками при одночасному застосуванні?**

Це запитання особливо стосується осіб похилого віку, які мають різноманітну супутню патологію (артеріальну гіпертензію, хвороби серця і судин, шлунково-кишкового тракту, сечовидільної системи тощо). При артеріальній гіпертензії і епілепсії протипоказані препарати, що містять резерпін (адельфан, кристепін). Препаратами вибору є представники класу блокаторів кальцієвих каналів і інгібітори АПФ другого і третього покоління, які мало взаємодіють з ПЕП. Хворим похилого віку небажано приймати карбамазепін через його негативний вплив на провідність в серцевому м'язі. Деякі протиепілептичні препарати знижують рівень гормональних протизаплідних засобів, антибіотиків, протиастматичних ліків. При застосуванні препаратів, які знижують кислотність шлункового соку, мають обволікуючу дію існує ризик зниженого всмоутування протиепілептичних засобів. Про всі супутні ліки, які призначаються лікарями інших спеціальностей, як вже вказувалось, треба повідомити лікуючого лікаря-епілептолога і, навпаки, інші фахівці повинні мати на увазі взаємодію "своїх" препаратів з протиепілептичними.

### **— 40. Чи впливають протиепілептичні препарати на пам'ять і поведінку?**

В дитячому віці існують тяжкі форми епілепсії, так звані епілептичні енцефалопатії, при яких виникає затримка психічного розвитку, порушується поведінка дитини. Такі синдроми погано піддаються лікуванню і мають не дуже сприятливий прогноз. В інших випадках пам'ять може страждати через високу частоту нападів, як результат негативного впливу самих приступів на мозок, так і через дію ПЕП. На пам'ять впливають високі дози ліків і використання 2-3 середників одночасно. Тому важливим є знаходження компромісного рішення у виборі препаратів для зменшення їх впливу на вищі мозкові функції. Найбільший негативний вплив на психіку чинять барбітурати (фенобарбітал, прімідон, бензонал) і бензодіазепіни. При їх

застосуванні, особливо у дітей, досить часто спостерігається зниження пам'яті, концентрації уваги, зміни настрою, а також підвищена дратівливість, рухова розгальмованість. Крім цього, до цих препаратів виникає звикання, і при їх відміні можуть значно почастишати напади. Таких негативних впливів майже позбавлені препарати нового покоління — леветірацетам, ламотриджин.

#### — 41. Чи можуть протиепілептичні препарати викликати імпотенцію?

Деякі протиепілептичні препарати, особливо барбітурати, можуть дещо знижувати сексуальні реакції, а часом приводити до еректильної дисфункції. Це буває пов'язано із стимуляцією розпаду статевих гормонів в печінці. Однак, як і у людей без епілепсії, причини зниження сексуальної активності слід шукати в площині сексопатології, передусім в проблемах міжособистісних відносин.

#### — 42. Чи можнавилікувати епілепсію хірургічним шляхом?

Хірургічне лікування епілепсії полягає в можливості видалення тієї частини мозку, де міститься епілептогенне вогнище. Основною умовою проведення операції є наявність частих нападів, які не піддаються медикаментозному лікуванню і переконання в тому, що припинення нападів значно покращить стан пацієнта. Обов'язковим є встановлення точної локалізації патологічно зміненої тканини мозку, яку необхідно видалити. Можлива шкода від оперативного втручання не повинна буди значною, принаймні меншою від шкоди, яку приносять напади.

Кандидатами до оперативного втручання можуть бути особи з вогнищевими формами епілепсії, у яких лікування щонайменше трьома препаратами не принесло результату, які мають очевидний патологічний субстрат в мозку, причому в тій зоні, видалення якої не приведе до втрати важливих мозкових функцій (руху, мови, зору). Найбільш часто хірургічне лікування у дорослих проводять при скроневій епілепсії. Операції проводять і дітям, причому в подальшому вони розвиваються нормально через значні компенсаторні можливості мозку дитини.

Існують різні види операцій: видалення частки мозку (лобектомія), видалення епілептогенного вогнища (часткові резекції, кортикальна топектомія), роз'єднання зв'язків між півкулями (каллозотомія) та деякі інші. Існують чіткі покази до кожної з операцій, які проводять у високоспеціалізованих клініках. Необхідна команда висококваліфікованих фахівців — нейрохірургів, неврологів-епілептологів, нейрорадіологів, нейропсихологів, нейрореаніматологів, нейро-фізіологів, лікарів інших спеціальностей.

Згідно зарубіжних даних, ризики ускладнень після операцій складають 3%. При операціях на лобній частці позитивний результат (припинення нападів) спостерігається в 70–90% випадків, при операціях на інших частках мозку — 40–60%. В Україні проводяться нейрохірургічні операції, в тому

числі із використанням найсучаснішого обладнання, наприклад, радіохірургічні операції з використанням лінійного прискорювача «Трилоджи».

#### — 43. Що таке «стимуляція блукаючого нерва»?

Блукаючий нерв (n.vagus) — один з основних нервів, які проводять імпульси від головного мозку до внутрішніх органів, контролюють і регулюють їх діяльність. Стимуляція блукаючого нерва — це помірне електричне подразнення нерва з допомогою маленького генератора, який підшивають під шкіру верхньої частини грудної клітки зліва. Імпульси ідуть по електроду від генератора до блукаючого нерва. Апарат працює на батарейці з терміном дії 3-5 років. По закінченні терміну дії генератор змінюють на новий. Імплантація апарату проходить під наркозом протягом 1-2 годин.

Стимуляція показана хворим старшим 16 років з частими вогнищевими епілептичними нападами, які не вдається зменшити медикаментозними засобами. Приблизно у 40-50% хворих частота нападів зменшується. В Україні цей метод лікування також впроваджений.

#### — 44. Що таке кетогенна дієта?

З давніх часів епілепсію пробували лікувати дієтами, голодуванням. Було помічено, що коли в організмі виникає підвищення вмісту продуктів неповного окислення жирних кислот — кетонових тіл — частота нападів зменшується. В даний час така дієта як окремий спосіб лікування не використовується. Вона може призначатись тільки при фармакорезистентній епілепсії як допоміжний метод.

Для появи кетозу необхідно звести в харчовому раціоні до мінімуму вуглеводи і білки, а енергетичні затрати компенсувати за рахунок жирів (співвідношення жирів до вуглеводів і білків — 4:1). Ефект від кетогенної дієти настає через 2 тижні. Якщо дієта не допомагає протягом 3 місяців, значить вона неефективна. Але якщо вона приводить до позитивного результату, то дотримуватись її треба 2-3 роки. Ця дієта є суворою і найбільш результативна у дітей до 10 років, тому що їм легше пристосуватись до нових умов харчування. Дорослим їй важко дотримуватись через одноманітність їжі, можливі проблеми із шлунково-кишковим трактом, частими нудотами, порушенням стільця та ін. Основні продукти в цій дієті — креми, дієтичні жири, масла. Виключаються хліб, макарони, овочі і фрукти, що містять крохмаль, солодоші, ліки з вмістом вуглеводів. Під час лікування додатково призначаються вітаміни і мінерали. Ефект від лікування кетогенною дієтою може тривати і після її припинення та переході на звичайний режим харчування.

#### — 45. Чи існують альтернативні методи лікування епілепсії?

Повністю замінити будь-якими іншими методами медикаментозне лікування епілепсії неможливо. До альтернативних методів лікування звер-



таються хворі (часто за наполяганням родичів) через недостатню ефективність традиційної терапії, розчарування в можливості одужання. Але незначна ефективність таких методів не дозволяє говорити про серйозні підстави до їх використання.

В комплексному лікуванні епілепсії можливо застосування фітотерапії (лікування травами), психотерапії, гомеопатії. Бажано обговорити ці можливості з лікуючим лікарем. З лікарських трав безпечним є застосування айру, глodu, меліси, рум'янку, тисячолісника, пустирника, кори калини, піону, м'яти перцевої, солодки. Слід привернути увагу, що трава звіробою має властивість знижувати концентрацію протиепілептичних препаратів в крові, тому небажано її застосовувати у хворих на епілепсію. У випадках, коли приступи провокуються психотравмами, або пацієнт має тривожні розлади, має сенс проведення психотерапевтичних заходів.

Необхідно контролювати рівень вітаміну D і, за його дефіциту, додавати в схему лікування (особливо у зимово-весняний період).

Фізіотерапевтичні методи лікування у хворих на епілепсію застосовувати небажано, особливо в області голови та шиї, оскільки вони можуть провокувати напади.

Часто хворі ще до звертання за медичною допомогою втрачають дорогоцінний час, звертаючись до "цілителів". Існування деякої популярності цілительства ґрунтується, головним чином, на здібностях цілителів знаходити особистий контакт з хворим, перейматися його проблемами і сповнювати людину надією на одужання, про що часто не турбуються представники традиційної медицини. Однак не слід забувати про те, що лікування у цілителів стає небезпечним, якщо вони рекомендують відмінити прийом ліків, що може привести до почастішання нападів, а щонайгірше — до виникнення загрозливого для життя стану — епілептичного статусу.

## Розділ IV. ПОВСЯКДЕННЕ ЖИТТЯ

### — 46. Як розповісти про свою хворобу близьким та друзям?

Як правило, приховати епілепсію перед оточенням не вдається, особливо якщо напади є частими і супроводжуються судомами. Розповісти про них необхідно хоча б для того, щоб родичі чи друзі могли надати допомогу під час нападу, вберегли хворого від травм. Якщо ж приступи тривають недовго, проходять малопомітно, то чи розповідати про них близьким людям, повинен вирішити сам хворий. Батьки хворих дітей повинні попередити вихователя в дитсадку, вчителя в школі, якому вони найбільше довіряють, про можливість виникнення приступу, описати його перебіг і пояснити, як поводитися з хворим, як надати йому допомогу. Бажано, щоб хворий, коли вирушає кудись без супроводу, завжди мав при собі якусь карточку з телефоном, за яким можна подзвонити в разі непередбачуваних ситуацій.

### — 47. Як близьке оточення може допомогти хворому в повсякденному житті?

Роль близьких і рідних є надзвичайно важливою. Батьки хворої дитини повинні виробити власну стратегію стосунків з дитиною щодо її навчання, спілкування з ровесниками. Не потрібно створювати значні обмеження в житті дитини: забороняти їй гуляти, ходити в гості, займатись в гуртках. Деякі батьки стараються не обтяжувати дитину найлегшою хатньою роботою, виконують найменші забаганки, щоб дитина не нервувалась. Така гіперопіка приводить до негативних наслідків — деформації характеру, формування споживацького відношення до рідних. Часом діти і підлітки стають агресивними, неслухняними. Це може бути як формою протесту проти надмірної опіки, так і проявом свого власного страху перед нападами, відчуття неповноцінності, неможливості відповідати всім вимогам своїх батьків, вчителів і т.п. Батькам треба бути дуже терплячими в спілкуванні з дитиною, не вимагати від неї ні забагато, ні замало, вміти допомогти перебороти будь-які труднощі повсякденного життя, бути в курсі її проблем.

При одруженні хворому бажано повідомити свою майбутню "половину" про стан свого здоров'я, щоб уникнути в майбутньому непорозумінь в подружньому житті. Навпаки, в родині хворий може знайти спокій і захист, належну підтримку. В західних країнах одружені хворі краще справляються з проблемами повсякденного життя, ніж одинокі пацієнти. В нашій країні, на жаль, прослідковується зворотня тенденція.

### — 48. Чи можна палити хворому на епілепсію?

Паління — це стан залежності від тютюну і достовірно приводить до захворювань легень, серцево-судинної системи. Останні наукові дані доводять,

що і у хворих на епілепсію паління може приводити до погіршення стану. Хворий на епілепсію стає в певній мірі залежним від ліків, тому треба уникати ще однієї необов'язкової залежності, яка погіршує стан організму в цілому. Протипоказне куріння кальяну, електронних сигарет.

#### — 49. Чи можна вживати алкоголь хворим на епілепсію?

На наш погляд, вживання алкоголю хворими на епілепсію є вкрай небажаним. Однак зарубіжні епілептологи вважають, що треба реалістично подивитись на можливість вживання хворим алкогольних напоїв, тому що суворо заборона породжує її порушення. Звичайно, в даному випадку не йдеться про тих пацієнтів, у яких епілепсія виникла на фоні алкоголізму. Таким особам суворо забороняється вживання будь-якого алкоголю, навіть в медичних настоянках. Також слід повністю відмовитись від алкоголю хворим з епілепсією внаслідок черепно-мозкових травм. Іншим дорослим пацієнтам у виключних випадках (кілька свят на рік) можна випити не більше 100-150 г сухого вина. Не можна вживати більш міцні напої, особливо кріплені вина. Забороняються "енергетичні" напої, які часто вживає молодь. Вони порушують крихку рівновагу між збудженням і гальмуванням в головному мозку. Не слід також зловживати кавою і міцним чаєм. Загалом не слід забувати, що напади виникають внаслідок надмірного збудження клітин мозку. Тому кожен пацієнт повинен усвідомити, що всі збуджуючі продукти можуть в тій чи іншій мірі принести шкоду здоров'ю і привести до почастішання нападів.

#### — 50. Чи впливають на епілепсію інтимні стосунки?

Загалом сексуальні контакти не впливають на перебіг епілепсії. Немає даних про те, що статевий акт викликає появу нападу. Але порушення сексуального життя може виникати через проблеми, пов'язані з хворобою: часті напади, порушення настрою, поведінки. Довіра між партнерами і можливість обговорити всі спільні проблеми — це основа вдалого сексуального життя (див. також п.41).

#### — 51. Якими видами спорту можна займатись хворому на епілепсію?

Вид спорту, яким може займатись хворий, значною мірою залежить від віку пацієнта і тяжкості хвороби, супутніх захворювань. Помірні фізичні вправи є корисними будь-якому пацієнту, вони покращують не лише його фізичний, але й психічний стан. Протипоказані екстремальні види спорту: підводне плавання, дайвінг, парашутний спорт, альпінізм. Небажані ті види спорту, які пов'язані з падіннями, ризиком травматизації голови — ігри з м'ячем, кінний спорт, велоспорт, стрибки в воду. Плавати можна лише під наглядом інших осіб. Негативні наслідки можуть також мати надмірні фізичні зусилля, пов'язані із заняттями в тренажерних залах, культуризм. При катанні на ковзанах, роликах, скейт-борді необхідно вдягати захисні шоломи і накладки на суглоби.

## — 52. Які перестороги потрібні в поїздках?

В першу чергу треба не забути ліки в кількості, необхідній на весь час перебування поза домівкою. Треба мати з собою медичний документ, в якому були б написані діагноз і перелік ліків, які приймає хворий, телефон лікаря. Особливо це важливо при поїздках за кордон. Подорожі літком не заборонені, але бажано летіти з супроводжуючою особою. При перетині годинних поясів треба заздалегідь перерахувати час прийому ліків. При користуванні громадським транспортом слід уникати стояння на підніжках, близько до дверей, в метро не стояти біля краю платформи. Переходити дорогу треба тільки на відмічених пішохідних переходах.

## — 53. Як порушення сну можуть впливати на перебіг епілепсії?

Важливість регулярного сну доброї якості і тривалості відома всім. Для хворих на епілепсію це є вдвічі важливішим, адже недоспані ночі можуть провокувати напади. Деякі хворі мають напади тільки уві сні, інші — переважно уві сні. Якщо людина спить в кімнаті одна, не завжди можна зауважити, що вночі стався приступ, крім випадків, коли хворий мимовільно помочився, або прикусив язик чи щоку. Якщо дитина, підліток або навіть доросла людина спить в окремій кімнаті, бажано використовувати “радіо-няню” — прилад, який дає змогу почути звуку в сусідній кімнаті.

Сон і його порушення можуть впливати на перебіг епілепсії, а епілепсія та прийом ПЕП в свою чергу неминуче тісно переплітаються з добовими ритмами сну-неспанья. Найбільш часті скарги хворих на епілепсію — це надмірна сонливість вдень і безсоння вночі. Денна сонливість може бути пов’язана з дією ліків. В такому випадку треба обговорити це з своїм лікарем. Безсонню вночі може сприяти відсутність гігієни сну (душне, шумне приміщення). Не можна спати в кімнаті з працюючим телевізором, з можливістю пробудження через раптовий гучний телефонний дзвінок. Вечеряти слід за 3 години до сну і не вживати ввечері чаю, а тим паче кави. Дітям не грати в активні рухові або комп’ютерні ігри. Ліжко і постільна білизна повинні буди зручними. Лягати спати треба намагатись в один і той же час. Тривалість сну дорослого хворого повинна бути такою ж як і у всіх — 7-8 годин, у дітей — в залежності від віку. Для покращення засинання на ніч можна випити півсклянки води з медом. У випадку тривалого безсоння приймати снодійні можна лише після консультації з лікарем.

## — 54. Чи можна використовувати наркоз при операціях, анестезію при лікуванні зубів?

Епілепсія не є протипоказом до загального наркозу. Однак, треба уникати деяких анестетиків для запобігання виникнення нападів. Тому обов’язково треба про своє захворювання повідомити анестезіолога або стоматолога. При анестезії у стоматолога протипоказані лідокаїн, дикаїн, совкаїн, кетамін. Не протипоказані артекаїн (убістезин), мепівакаїн. Використову-

вати їх треба по можливості в найменших дозах. Небажано до анестетиків додавати адреналін. Перед операцією запитайте анестезіолога, коли краще прийняти свої ліки залежно від її тривалості. Перерви в їх прийомі не повинно бути!

### — 55. Чи заборонені щеплення при епілепсії?

Ні, загальноприйнятий графік щеплень не є протипоказаним для хворих на епілепсію. Діти з нетяжкими формами епілепсії можуть бути щеплені проти краснухи, кору, правцю, паротиту, дифтерії, поліомієліту, туберкульозу. Проведення щеплень треба обговорити з педіатром і неврологом, оскільки при тяжких епілептичних енцефалопатіях (синдром Веста, Леннокса-Гасто та ін.) існують певні перестороги до щеплень. Дорослі хворі, особливо похилого віку, можуть проводити вакцинацію проти грипу. В кожному окремому випадку слід зважити всі можливі протипоказання.

### — 56. Які особливості харчування хворих на епілепсію?

Багато уникати гострих, маринованих, консервованих продуктів, вживати якнайбільше фруктів та овочів. Повністю виключаються продукти (йогурти, дієтичні напої), що містять цукрозамінник аспартам, а також вироби (в тому числі приправи) з глютаматом. Спеціальну вітамінотерапію (таблетками) проводити не обов'язково, окрім прийому фолієвої кислоти вагітними і високих доз вітаміну В6 при деяких дитячих формах епілепсії.

Останнім часом для всіх пацієнтів із погано контрольваними нападами рекомендуються елементи кетогенної дієти: обмеження вуглеводів, цукру, відмова від чіпсів, обезжирених продуктів, меду, соків в пакетах, фініків. Заборонені грейпфрут і сіцилійський червоний апельсин (змінюють концентрацію ПЕП в крові).

### — 57. Чи впливає на виникнення нападів перегляд телевізора, робота з комп'ютером, відеоігри?

Існує група фотосенситивних епілепсій, при яких часте мерехтіння, спалахи світла можуть провокувати напади у приблизно 1–3% хворих на епілепсію. Якщо напади погано контролюються прийомом ліків, то при перегляді телевізора треба дотримуватись деяких правил:

- Сидіти не ближче 2м від екрану;
- Перевагу надавати телевізорам з малим екраном;
- Використовувати телеприймачі з високою частотою розверстки (100 Гц);
- Рівень очей не повинен бути вищим рівня екрану;
- Переглядати передачі в освітленому приміщенні;

- При частих спалахах світла, частій зміні картинок на екрані прикривати одне око.

Щодо роботи з комп'ютером, то слід використовувати монітори стандарту SVGA з частотою розверстки 60 Гц, не працювати в темному приміщенні, робити перерви на 15 хв. кожні 30–40 хв. роботи, не працювати по ночах, особливо у втомленому або збудженому стані. Заборонені смарт-окуляри.

Дітям не рекомендується грати у відеоігри з контрастними світловими ефектами, частою зміною картинок, з значним напруженням уваги. Пацієнтам з фотосенситивною епілепсією можуть нанести шкоду відвідини дискотеки із стробоскопом, миготінням світла в темному приміщенні. До того ж є ризик вживання алкоголю і недосипання. В сонячну погоду потрібно носити поляризовані окуляри з синіми скельцями.

### **— 58. Які можуть бути небезпеки вдома у хворих на епілепсію, як їм запобігти?**

При складних вогнищевих і генералізованих нападах є ризик травмизації, опіків. Хворим краще приймати душ, ніж ванну, в якій можна захлинутись під час нападу. Двері в ванну та туалетну кімнату ніколи не треба зачиняти, не користуватись електроприладами у ванні. Слід надати перевагу низьким ліжкам з м'яким килимом біля нього, не захарашувати квартиру меблями з гострими кутами. Треба уникати роботи на кухні, з електроприладами у збудженому чи втомленому стані. Звичайно, найгіршим є те, що треба постійно думати про всі можливі ризики для життя, що може довести хворого до депресивного стану.

## Розділ V. ЕПІЛЕПСІЯ У ЖІНОК

### — 59. Чи може жінка, хвора на епілепсію, народити здорову дитину?

Більше як 90% дітей у матерів, які лікуються з приводу епілепсії, народжуються здоровими. Але ризик народити дитину з вадами розвитку у хворих на епілепсію на 25% вищий, ніж у інших вагітних, у яких цей ризик становить 2-3%.

### — 60. Які протизаплідні засоби можна застосовувати при епілепсії?

Деякі протиепілептичні препарати (карбамазепін, фенобарбітал, гексамідин, бензонал, дифенін, етосуксимід), знижують ефективність гормональних контрацептивів, тому одночасний їх прийом з комбінованими естроген-гестагенними гормональними контрацептивами в 8-10% випадків може приводити до виникнення небажаної вагітності. Не знижують ефективність оральних контрацептивів такі препарати, як бензодіазепіни, вальпроати, ламотриджин, топірамаат (останній в терапевтичній дозі до 200 мг/добу), тому їх поєднане призначення з гормональними контрацептивами не знижує ефективності останніх. Найкращим вибором для жінок з епілепсією є вживання комбінованих протизаплідних таблеток з вмістом естрогену щонайменше 50мг на день або бар'єрні негормональні методи (презервативи, внутрішньоматкова спіраль).

### — 61. Як впливає вагітність на перебіг епілепсії?

За різними даними, при вагітності у 20-33% жінок з епілепсією частота нападів збільшується, у 50-83% залишається без змін і у 7-25% частота нападів зменшується. Спрогнозувати частоту нападів при вагітності у кожної жінки неможливо. Почастішання нападів у жінок при вагітності може бути зумовлене порушеннями сну, нерегулярним прийом ліків (страх нашкодити дитині), змінами в засвоєнні ліків організмом вагітної.

### — 62. Як планувати вагітність?

На жаль, жінки з епілепсією мають на 25-30% меншу можливість завагітніти і виносити дитину, ніж жінки в загальній популяції. Це пояснюється як соціальними, так і органічними причинами. Напади можуть впливати на ендокринну систему і порушувати овуляцію. Але жодна з жінок не може бути позбавлена радощів материнства, до якого треба підготуватись. Звичайно, при дуже частих приступах слід все ж зважити ситуацію в родині, можливість повсякчасної допомоги близьких як під час вагітності, так і після пологів. До того ж приступи ведуть до негативних змін у плоду (див. наступне питання).

Вагітність у жінки, хворої на епілепсію, по можливості повинна бути планованою. За місяць до настання вагітності та в її першому триместрі рекомендоване вживання фолієвої кислоти 3-4 мг на день для зменшення ризику розвитку вад плоду.

### — 63. Які напади у матері є найбільш небезпечними для плоду?

Генералізовані тоніко-клонічні напади можуть викликати кисневе голодування (гіпоксію) у матері і плоду з розвитком ацидозу. Навіть після єдиного такого нападу можуть виникнути крововиливи в мозок у плоду, викидні, завмирання вагітності, сповільнення серцебиття плоду протягом 20 хвилин. Безсудомні напади з порушенням усвідомлення можуть бути небезпечними тоді, коли вони супроводжуються падінням хворої або іншими видами травматизації (опіки, поранення тощо). Під час нападу значно підвищується ймовірність таких ускладнень як розрив навколоплідних оболонок з розвитком інфікування, відшарування плаценти, передчасні пологи, і навіть загибель плоду.

Слід переконати хвору обмежити безконтрольні прогулянки, користування транспортом без супроводу тощо. Прийом ліків під час вагітності є обов'язковим.

### — 64. Які принципи лікування епілепсії у вагітних?

По-перше, найбільш безпечним препаратом є той, який контролює напади. По-друге, ранній період вагітності не є найкращим часом для зміни лікування, особливо, якщо воно ефективне. По-третє, краще вживати препарати з пролонгованою дією. До і під час вагітності по можливості лікар намагається призначити найнижчу дозу ліків, яка б ефективно контролювала напади. Можливість відміни препаратів перед планованою вагітністю можна розглянути для окремих жінок, для частини з них можна спробувати перейти з прийому двох препаратів на один.

### Які принципи ведення пологів і післяпологового періоду?

Епілепсія не є протипоказом для пологів через природні пологові шляхи. Епілептичний статус, частіше епілептичних нападів в передпологовому періоді, а також несприятлива негативна динаміка стану плоду є показами до проведення кесарського розтину. Медикаментозне ведення пологів і їх знеболення при епілепсії не відрізняються від звичного. Під час пологів доза протиепілептичних препаратів не змінюється. Відмова від грудного вигодовування немовляти є необґрунтованою, так як під час вагітності попадання ліків в кров дитини звичайно є вищим, ніж з молоком матері. Провідні фахівці-епілептологи наполегливо рекомендують годування материнським молоком, яке необхідно здійснювати в положенні лежачи для того, щоб у випадку розвитку нападу уникнути травми. Обережність і клінічне спостереження необхідне в тих випадках, коли матір живає фенобарбітал, прімідон, етосуксимід. Дитина може бути сонли-



вою, з поганим апетитом і з недостатньою вагою. Якщо дитину, що була під впливом протиепілептичних препаратів (особливо фенобарбіталу) в лоні матері, відразу перевести на штучне вигодовування, може виникнути синдром відміни, що проявляється неспокоєм малюка, поганим сном, підвищеною плаксивістю. При грудному вигодовуванні вживати ПЕП краще відразу після годування дитини, а не до цього (це зменшить його кількість в молоці).

#### — 65. Які вади розвитку можливі у дітей?

Вади розвитку у дітей, народжений від матерів, що вживають протиепілептичні препарати, виникають вдвічі частіше, ніж в популяції. Жодна вада розвитку не є специфічною при використанні певного препарату. Але це переважно так звані малі вади, які діти переростають до 5-річного віку: низьке розміщення вушних раковин, коротка шия, поперечні складки на долонях, невеликі аномалії скелету, широке перенісся, короткий кирпатий ніс. Значно рідше зустрічаються заяча губа, розщеплення піднебіння, аномалії внутрішніх органів та нервової системи.

#### — 66. Які ПЕП найбільш тератогенні?

При прийомі ПЕП у монотерапії ризик виникнення вади розвитку у дитини є значно меншим, ніж тоді, коли жінка вживає два або три ПЕП одночасно. Ризик мальформацій від вживання ламотриджину в дозі менше 300 мг/день складає 2%, більше 300 мг/день — 4.5%; карбамазепіну в дозі менше 400 мг/день — 3.4%, а у більш високих дозах (>1000 мг/день) — 8,7%. Вальпроати мають тератогенну дію при дозі до 700мг/день — 5,6%, а в дозі понад 1500 мг — 10,4%. Найбільший негативний вплив на розвиток плоду має фенобарбітал — в дозі 150 мг/день і більше ризик мальформацій зростає до 13.7%.

### ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ЕЕГ — електроенцефалографія

КТ — комп'ютерна томографія

МРТ — магнітно-резонансна томографія

ПЕП — протиепілептичні препарати

ЦНС — центральна нервова система

## Найпоширенішими препаратами, які можуть спровокувати напад є:

- Комбіновані засоби для лікування застуди – препарати, що містять фенілефрин, фенірамін, фенілпропаноламін
- Деякі антибіотики – цефалоспорины четвертого покоління (особливо цефепім), карбапенеми (особливо іміпенем), пеніцилінового ряду, фторхінолони (ципрофлоксацин, офлоксацин)
- Препарати, які застосовують для лікування глистних інвазій (пірантел, мебендазол та інші)
- Препарати, які застосовують для підвищення імунітету (лише після консультації з лікуючим дитину епілептологом)
- Ноотропні препарати (пірацетам, церебролізін, піритинол, препарати рацетамного ряду та інші)
- Протитуберкульозні препарати (ізоніазид, рифампіцин, стрептоміцин та ін.)
- Препарати, що містять спирт (всі !!!)
- Препарати, які покращують нервово-м'язову провідність (неостигмін, іпідакрин, прозерин, нейромедін)
- Препарати для лікування деменції (донепезил, ривастигмін, галантамін)
- Анестетики та засоби для наркозу (препарати кетамінового ряду, лідокаїн, совкаїн)
- Антидепресанти (флуоксетин, флувоксамін, бупропіон, триміпрамін, мапротилін)
- Антипсихотики (клозапін, хлорпромазін, кветіапін)



**Перед прийомом будь-якого лікарського засобу необхідно ретельно ознайомитись з інструкцією (розділи «побічні ефекти» та «протипокази») та обговорити призначення з епілептологом!!!**

## Рекомендації щодо ЛІКУВАННЯ ЕПІЛЕПСІЇ

- В основі лікування епілепсії лежить принцип довготривалого та регулярного прийому протиепілептичних препаратів
- Необхідне суворе дотримання хворим призначень лікаря
- Пацієнт не може самостійно змінювати дозу, режим прийому чи форму випуску препарату
- Неможлива самостійна відміна препарату, навіть при гарному самопочутті протягом тривалого часу
- Для оцінки ефективності лікування лікарю необхідна найбільш повна інформація щодо стану здоров'я хворого, кількості нападів, провокуючих факторів, регулярності прийому ліків, супутніх захворювань, можливих небажаних побічних дій препаратів



**Тому регулярне заповнення щоденника є дуже важливим**











Матеріал підготовлено під редакцією Лідії Мар'єнко, д.мед.н., професора кафедри неврології Львівського національного медичного університету ім.Д.Галицького, керівника Львівського обласного протиепілептичного центру (видання третє, доповнене, список використаної літератури знаходиться у автора).

Інформація про епілепсію.  
Для підвищення рівня обізнаності пацієнтів.

Видавництво здійснене за підтримки компанії **ACINO (Україна)**



ТОВ «АСІНО УКРАЇНА»  
бульвар В. Гавела, 8 | Київ | 03124 | Україна  
Група компаній Acino, Швейцарія

[www.acino.ua](http://www.acino.ua)

UA-NP-VALP-PIM-012024-001