**Епілепсія -** загальна назва групи хронічних пароксизмальних хвороб головного мозку, що проявляються повторними судомними або іншими (бесудомними) стереотипними нападами, що супроводжуються різноманітними (патологічними) змінами особистості і зниженням когнітивних функцій.

 У цей час загальне число хворих епілепсією на планеті близько 50 млн. людей, щорічна захворюваність епілепсією становить - 52,3 на 100 тис. населення. В Україні поширеність непсихотичних психічніх розладів органічного походження внаслідок епілепсії складає 87,7 на 100 тисяч населення. Діти хворіють епілепсіею у 4 рази частіше, ніж дорослі.

 Виявляються піки захворюваності епілепсією: перший пік - від моменту народження до 18 років і повторний пік у літньому віці. У дітей найчастіше епілептичні напади маніфестують у віці до 1 року ( від 100 до 233 випадків на 100 тис. населення) з максимальним піком у перший тиждень життя. Потім захворюваність падає в ранньому дитинстві до 60 на 100 тис., у підлітків і дорослих – до 30 – 40 на 100 тис., різко зростаючи у літніх осіб старше 65 років до 100 - 170 на 100 тис. населення.

 Збільшення показника поширеності епілепсії в останні роки обумовлене кращим виявленням захворювання у зв'язку з удосконаленням методів діагностики й активною діяльністю епілептологічних центрів.

 Хоча на даний час дитячі неврологи мають у своєму розпорядженні сучасні методи лабораторно-інструментальної діагностики, а арсенал антиепілептичних лікарських засобів налічує вже десятки препаратів і продовжує поповнюватися, епілепсія залишається найбільш досліджуваним і найменше вивченим станом.

 У МКБ-10 епілепсія відповідає рубрикам G40-G47.

 У 1990-х рр. найбільшого поширення в усьому світі набула класифікація Міжнародної протиепілептичної ліги, побудована на двох основних принципах диференціації епілепсії:

 *- поділ хвороби на***генералізовані та локалізаційно-обумовлені форми***(за локалізацією епілептичних вогнищ),*

*-виділення епілепсії***відомої етіології (симптоматичної) і неуточненої/ невідомої етіології (ідіопатичної, криптогенної).**

 Класифікації епілепсій, епілептичних синдромів і схожих захворювань, прийнятої Міжнародною протиепілептичною лігою (Нью-Делі, 1989) будуть надані для озайомлення нижче.

**Етіологія і патогенез**

 **Етіологічні** фактори епілепсії включають гостру і хронічну інтоксикацію, травми та інфекційні захворювання центральної нервової системи (ЦНС), генетичну та метаболічну предрасположеність, гіпоксию, ішемію та ін. Эпілептичні напади нерідко супроводжують вроджені порушення формування ЦНС, пухлини головного мозку, органічні ацидемії, а також травми головного мозку і черепно-мозкові травми і т.д.

 До факторів, провокуючих рефлекторні напади при епілепсії, відносяться зорові стимули (блимаюче світло), мислинневий процес, музика, їжа, виконання рухів, соматосенсорні стимули, проприоцептивні стимули, читання, гаряча вода, різкі звуки.

 Механізми эпілептогенеза у дитячому віці мають додаткові особливості. ***В результаті розбалансування між гальмуванням і збудженням незрілий мозок дитини частіше реагує розвитком епілептичних нападів.***

 ***Основними патогенетичними механізмами епілепсії прийнято вважати аномальне збудження та гальмування нейрональних мембран та нейронів нейромедіаторами та розповсюдження судомної активності.***

 *При эпілепсії* ***нейроны*** *фокального регіону або всього головного мозку* ***синхронно активуються*** *(в нормі вони відносно десинхронізовані). Під впливом різноманітних подразників* ***нормальний рівень нейрональної активації трансформується в синхронні розряди****, які можуть залучати нервові клітини до патерну аномальної активації.*

***Тип эпілептичного нападу при цьому залежить від кількості та локалізації клітин ЦНС, задіяних в процесі патологічної активації.***

**Клінічні прояви епілепсії у дітей та підлітків**

Клінічна картина епілепсії включає два періоди: ***нападний*** і ***міжнападний*** (інтеріктальний). Прояви хвороби визначаються наявними у пацієнта типом нападів і локалізацією епілептогенного вогнища.

**Парціальні напади**

 Прояви простих парціальних нападів залежать від ***місця локалізації епілептогенного вогнища*** (лоб, скроня, потилиця та ін.). До 60-80% епілептичних нападів у дітей і повнолітних пацієнтів відносяться до числа парціальних.

 Ці напади протікають у дітей з різними явищами: **моторними** (тонічні або клонічні судоми в верхніх або нижніх кінцівках, на обличчі), **сомотосенсорними** (відчуття онеміння або "проходження струму" в кінцівках або половині обличча), **специфічними сенсорними** (прості галюцинації - акустичні та/або зорові), **вегетативными** (мідріаз, потовиділення, блідність або почервоніння шкірних покривів, неприємні відчуття в епігастральній ділянці та ін.) і **психічними** (минущі порушення мови і ін.).

***Парціальні напади бувають простими та складними.***

**1. Прості парціальні напади (ППН).**

 Прояви залежать від локалізації епілептичного вогнища (локалізаціонно-обумовлені). ППН є ***моторними*** і протікають ***без зміни або втрати свідомості***, тому дитина в змозі розповісти про свої відчуття (крім тих випадків, коли напади відбуваються під час сну).

**2. Складні парціальні напади (СПН).**

 Маніфестація СПП вельми різноманітна, але у всіх випадках у пацієнтів відзначаються ***зміни свідомості***.

 **Початок** СПН може виражатися у вигляді **простого парціального нападу** з подальшим **порушенням свідомості**. СПН часто (приблизно в половині випадків) починаються з епілептичної аури (головний біль, запаморочення, слабкість, сонливість, неприємні відчуття в порожнині рота, нудота, дискомфорт в ділянці шлунка, оніміння губ, язика або рук; транзиторна афазія, відчуття стискання в горлі, утруднення дихання, слухові і/або нюхові пароксизми, незвичайне сприйняття навколишньої дійсності, відчуття déjà vu (вже пережите) або jamais vu (вперше видиме, чутне і ніколи не пережите) і т. д.). Судомні клонічні рухи, насильницька девіація голови і очей, фокальне тонічне напруження і/або різноманітні автоматизми (рухова не цілеспрямована діяльність: облизування губ, ковтальні або жувальні рухи, вигадливі рухи пальців, рук і лицьової мускулатури, біг і т.д.) можуть супроводжувати СПН. Автоматизовані рухи при СПН не є цілеспрямованими; контакт з пацієнтом під час нападу втрачається.

**3. Парціальні напади з вторинною генералізацією (ПНВГ).**

 Вдруге-генералізовані парціальні напади бувають **тонічними, клонічними** або **тоніко-клонічними**. ПНВГ **завжди** протікають **з втратою свідомості**. Можуть виникати у дітей і підлітків як після простого, так і після складного парціального нападу.

**Генералізовані напади (первинно-генералізовані)**

 Як і парціальні (фокальні) епілептичні напади, генералізовані напади у дітей досить різноманітні, хоча є кілька більш стереотипними.

 **1. Клонічні напади.**

 Виражаються у вигляді клонічних судом, які починаються з раптово виникаючої гіпотонії або короткого тонічного спазму, за якими слідують двосторонні посмикування, що можуть переважати в одній кінцівки.

 **2. Тонічні напади.**

 Ці судомні напади виражаються в короткочасному скороченні м'язів-екстензоров.

 **3. Тоніко-клонічні напади (ТКН).**

 Виражаються у вигляді судом, що протікають по типу grand mal - великий епілептичний напад.

 **4. Міоклонічні припадки (епілептичний миоклонус).**

 Міоклонічні посмикування бувають ізольованими або рецидивуючими. Міоклонії характеризуються короткою тривалістю і швидкими двосторонніми симетричними м'язовими скороченнями, а також залученням різних груп м'язів.

 **5. Атонічні напади.**

 Характеризуються раптовим падінням дитини, тобто відзначається так звана «дроп-атака» (drop-attack). При атонічному нападі відбувається раптове і виражене зниження тонусу у м'язах кінцівок, шиї і тулуба. Під час атонічного нападу, початок якого може супроводжувати міоклония, свідомість у дитини порушується.

 **6. Акінетичні напади.**

 Нагадують атонічні напади, але, на відміну від них, при акінетичних нападах у дитини відзначається раптова нерухомість без значного зниження м'язового тонусу.

 **7. Абсансні напади (абсанси).**

 Протікають за типом petit mal - малого епілептичного нападу і являють собою короткочасну втрату свідомості з подальшою амнезією («завмирання»).

 ***Прості*** абсанси є напади короткочасного відключення свідомості (з характерними повільними хвилями на ЕЕГ).

 ***Складні*** абсанси - це порушення свідомості, що поєднуються з атонією, автоматизмами, м'язовим гіпертонусом, міоклоніями, нападами кашлю або чхання, а також вазомоторними реакціями.

 ***Псевдоабсанси.*** Цей тип нападів важко відрізнити від справжніх абсансов. При псевдоабсансах також спостерігається короткочасне вимикання свідомості з зупинкою погляду, але початок і закінчення нападу кілька уповільнені. Самі напади більш тривалі за часом і нерідко супроводжуються парестезіями, феноменом déjà vu, вираженими вегетативними розладами, часто - постіктальним оглушенням.

 ***Субклінічні абсанси***, тобто транзиторні порушення без виражених клінічних проявів, супроводжуються при ЕЕГ-дослідженні повільно-хвильовою активністю.

 **У класифікації епілепсій, епілептичних синдромів і схожих захворювань, прийнятої Міжнародною протиепілептичною лігою (Нью-Делі, 1989) виділяються наступні рубрики:**

**1. Локалізаційно-обумовлені форми (вогнищеві, фокальні, локальні, парціальні):**

 ***1.1. Ідіопатичні (з вікозалежнимим початком):***

 - доброякісна епілепсія дитячого віку з центрально-скроневими піками (роландична);

 - епілепсія дитячого віку з потиличними пароксизмами;

 - первинна епілепсія читання.

 ***1.2. симптоматичні:***

 - хронічна прогресуюча парціальна епілепсія Кожевнікова;

 - напади, які характеризуються специфічними способами провокації;

 - інші форми епілепсії з відомою етіологією або органічними змінами в мозку (лобова, скронева, тім'яна, потилична).

 ***1.3. Кріптогенні.***

**2. Генералізовані форми епілепсії:**

 ***2.1. Идіопатичні (з вікозалежнимим початком):***

 - доброякісні сімейні судоми новонароджених;

 - доброякісні судоми новонароджених;

 - доброякісна міоклонічна епілепсія дитячого віку;

 - абсансна епілепсія дитяча (пікнолепсія);

 - абсансна епілепсія юнацька;

 - юнацька міоклонічна епілепсія;

 - епілепсія з генералізованими судомними нападами пробудження;

 - інші ідіопатичні генералізовані форми епілепсії, що не названі вище;

 - форми, які характеризуються специфічними способами провокації (частіше - фотосенситвна епілепсія).

 ***2.2. Криптогенні і/або симптоматичні:***

 - синдром Веста (інфантильні спазми);

 - синдром Леннокса-Гасто;

 - епілепсія з міоклонічно-астатичними нападами;

 - епілепсія з міоклонічними абсансами.

 ***2.3. симптоматичні:***

 ***2.3.1. Неспецифічної етіології:***

 - рання міоклонічна енцефалопатія;

 - рання дитяча епілептична енцефалопатія Ohtahara з патерном «спалах/ пригнічення» на ЕЕГ;

 - інші симптоматичні генералізовані форми епілепсії, що не названі вище.

 ***2.3.2. Специфічні синдроми.***

**3. Епілепсії, що не мають чіткої класифікації як парціальні або генералізовані:**

 ***3.1. Ті, що мають як генералізовані, так і парціальні прояви:***

- судоми новонароджених;

 - важка міоклонічна епілепсія раннього дитячого віку;

 - епілепсія з безперервними пік-хвилями під час повільного сну;

 - придбана епілептична афазія Ландау-Клеффнера;

 - інші, які не класифікуються форми епілепсії, не визначені вище.

 ***3.2. Напади, що не мають чітких генералізованих або парціальних ознак.***

**4. Специфічні синдроми:**

 ***4.1. Ситуаційно обумовлені напади:***

 - фебрильні судоми;

 - напади, що виникають тільки через гострі метаболічні або токсичні порушення.

 ***4.2. Ізольовані напади або ізольований епілептичний статус.***

 ***4.3. Напади, пов'язані виключно з гострим впливом метаболічних або токсичних чинників, а також депривація сну, прийомом алкоголю і/або лікарських засобів, еклампсією і т.д.***

**Первинна епілепсія читання**

 Вік дебюту - 12-25 років (у середньому 17,7). Характерна спадкоємна схильність (в 40-45% випадків) і відсутність екзогенних причин. Гендерне співвідношення чоловіки: жінки — 1:8. Облігатним симптомом захворювання є провокація нападів при читанні. В 25% хворих пароксизми можуть провокуватися при читанні вголос, іншою мовною активністю, математичними обчисленнями, грою в шахи. Неспровоковані напади дуже рідкісні (5%).

Найбільш характерним типом нападів є прості парціальні пароксизми (моторні фаціальні, зорові, дизлексичні), що протікають при незміненій свідомості.

 Зазвичай напад виникає через якийсь час після початку читання. Першим симптомом є залучення м'язів, що беруть участь у читанні й розмові: язика, щелеп, губ, обличчя. Хворі описують свої відчуття як напругу, оніміння, скутість і т.п. Дані симптоми сполучаються з міоклонічними посмикуваннями або тонічною напругою в перерахованих м'язових групах. Зрідка розгортаються вторинно-генералізовані напади. Плин і прогноз сприятливі.

**Синдром епілептичної афазії (Ландау-Клеффнера).**

 При даному захворюванні у дітей до 6-літнього віку (переважно у хлопчиків) після набуття нормальних мовних навичок поступово розвивається афазія, до якої надалі приєднуються різні епілептичні напади - генералізовані тоніко-клонічні, атонічні, міоклонічні, парціальні.

 До моменту дебюту захворювання моторний і нервово-психічний розвиток у переважної більшості хворих відповідає віку. Афазія була першим симптомом захворювання приблизно у 50% хворих. У міру розвитку захворювання у 2/3 хворих виникають порушення поведінки у вигляді гіперактивності, спалахів люті, агресивності.

Прогноз епілепсії при синдромі Ландау-Клеффнера в цілому сприятливий. Після 15 років епілептичні пароксизми й аномалії ЕЕГ зазвичай регресують. У той же час прогноз мовних порушень варіабельний.

**Психічні розлади при епілепсії**

Психічні розлади при епілепсії включають специфічні зміни особистості, афективні розлади й епілептичні психози.

***Розлади особистості й поведінки*** характеризуються значними змінами емоцій, потягів і когнітивними порушеннями. Діапазон розладів досить значний – від порівняно нерізких особливостей характеру до глибокого специфічного слабоумства.

 Основними факторами, що впливають на формування інтелектуального дефекту й слабоумства, є число перенесених нападів до початку терапії, число нападів протягом усього життя.

 В останні роки стало менше хворих з епілептичним слабоумством, а також афективних розладів. Це пов'язане з ефективністю фармакотерапії епілепсії й уведенням у практику нових протисудомних препаратів.

 ***Епілептичні психози***

 Одним із клінічних проявів епілептичної хвороби є епілептичні психози. Більша частина випадків епілептичних психозів корелює з наявністю епілептичного вогнища в правій скроневій ділянці і супроводжується комплексними парціальними нападами з психічними симптомами й автоматизмами. Епілептологи пов'язують розвиток епіпсихозів з незадовільною терапією ліками – невдалим підбором препарату; порушенням режиму прийому засобу й перервами в прийомі ліків. Крім того, має вплив на розвиток гострого психотичного епізоду стійкий психотравмуючий фактор та пов'язані з ним емоції страху й тривоги. Відмічається підвищення частоти нападів перед розвитком психотичного епізоду.

 Прийнято підрозділяти епілептичні психози залежно від часу їх появи стосовно нападів: **іктальні, післяіктальні** та **інтеріктальні** психози.

 **Іктальні** психічні розлади слід розглядати як ***психічний еквівалент пароксизмів***, тоді як **інтеріктальні** психічні розлади виникають ***через тривалий час після нападів.***

Крім цього, виділяють **гострі** й **хронічні** епілептичні психози. Якщо гострі психози транзиторні, то хронічні психози, що виникають зазвичай на віддалених етапах захворювання, можуть тривати від декількох місяців до року й більше. Гострі епілептичні психози у свою чергу підрозділяються на психози з ***потьмаренням свідомості (сутінкові й онейроїдні стани)*** і б***ез потьмарення свідомості (гострі параноїди й афективні психози).***

 ***Гострі епілептичні психози із сутінковим потьмаренням свідомості***

 Клінічна картина розвивається раптово, пароксизмально, характеризується хаотичним психомоторним збудженням, яскравими зоровими галюцинаціями, маячними ідеями відношення, переслідування й впливу з нерозгорнутою рудиментарною фабулою, значною емоційною напруженістю й агресією. По виходу із психоза відзначається повна амнезія. Крім повної амнезії в деяких випадках можливим є й ретардоване острівне пригадування. Іноді після них залишається резидуальне марення. Ступінь сутінковості може бути різною як по своїй тривалості, так і по глибині. Найбільш глибокі порушення свідомості супроводжуються оглушенням свідомості й характерним підвищенням порогу для зовнішніх і внутрішніх подразнень. Тривалість гострого епілептичного психозу із сутінковим потьмаренням свідомості короткочасна із тривалістю від декількох хвилин до 3-5 днів (максимум 15 днів).

 Післяпароксизмальні сутінкові стани, що поєднуються з несвідомим страхом і вегетативними порушеннями, по суті являють собою психічну ауру вдруге генералізованого нападу скроневої епілепсії.

 Такі сутінкові стани, спостереджувані відносно частіше, бувають більш тривалими й складними за структурою. Як правило, вони наступають після серії великих судомних нападів. У післяіктальному стані частіше спостерігаються галюцинаторні й маревні розлади (ідеї переслідування, пограбування й ін.).

 ***Гострі епілептичні психози з картиною онейроїда*** спостерігаються порівняно рідко. У структурі психозу домінують ілюзорні розлади фантастичного змісту, а також зорові й слухові галюцинації. Навколишнє сприймається хворими як пекло або рай, сцена всенародного свята або світова катастрофа. Себе хворі зазвичай вважають богами, апостолами, могутніми людьми, персонажами легенд, сказань. У цій якості вони беруть участь у святах, світових катаклізмах, спілкуються з Богом, видатними особистостями сьогодення й минулого. Афективні розлади різноманітні й залежать від змісту галюцинаторних переживань, проявляються екстазом, захватом або страхом, гнівом, жахом, злостивістю.

Епілептичний онейроїд супроводжується або субступорозною симптоматикою, або вираженим психомоторним збудженням. На відміну від сутінкового розладу свідомості хворі згадують зміст своїх мрій, але повністю амнезують навколишнє оточення. Епілептичний онейроїд має зазвичай релігійний зміст, кататонічні розлади можуть бути повністю відсутні, або бути рудиментарними.

 ***Гострі параноїдні розлади*** *-* на перший план виступають явища гострого почуттєвого марення, включаючи маревну інсценівку з ознаками ілюзорно-фантастичної дереалізації й деперсоналізації, явищами двійників досить мінливими по змісту. Ці розлади розвиваються швидко, після припинення нападу й прояснення свідомості. Супроводжуються різноманітною афективною симптоматикою - вираженою депресією з розгубленістю, або маніакальним афектом. Маячні ідеї переслідування й впливу, ідеї самозвинувачення і відношення, не носять стійкого завершеного характеру; вони скороминучі. Надалі, у міру розвитку гострого післяіктального психозу, усе більше значення набувають маревні синдроми неправильного пізнавання (синдром Фреголі, синдром інтерметаморфози), ілюзорно-фантастична дереалізація й деперсоналізація.

 Поряд з ілюзорним сприйняттям навколишнього нерідкі дійсні слухові й зорові галюцинації. Останні забарвлені в яскраво-сині й червоні тони, рухливі, мають застрашливий характер. Хворі різко збуджені, тривожні, рятуються втечею від уявних переслідувачів або, навпаки, агресивні, злісні, схильні до руйнівних дій. Іноді їх поведінка буває мінливою: полохливе-тривожно-боязке збудження змінюється на агресивне, агресивно-злобливе і навпаки.

 ***Гострі афективні психози у хворих епілепсією*** представлені не тільки депресивними розладами, але й маніакальними станами різноманітної психопатологічної структури. Маніакальні стани супроводжуються афектом різного забарвлення й інтенсивності: поряд з маніакально-екстатичними психозами спостерігаються манії із прагненням до діяльності й веселі бездіяльні манії.

 ***Хронічні епілептичні психози*** можуть виникнути через кілька місяців або років після припинення нападів, відносяться до інтеріктальних психозів.

 Хронічні епілептичні психози проявляються крім галюцинаторно-параноїдних розладів, паранойяльними й парафренними станами. Паранойяльні психози представлені маренням повсякденного змісту з різною фабулою (марення відносин, отруєння, збитку й ін.), пов'язаним з конкретними особами (товаришами по службі, сусідами), але майже ніколи марення не зачіпає близьких родичів хворого. Нерідко спостерігається систематизоване іпохондричне марення й параноїдні ідеї релігійного змісту.

**Епілептичний статус**

 Епілептичний статус е найтяжчим ускладненням при епілепсії. Ним вважають епілептичний стан при якому напади повторюються з короткими часовими інтервалами і між ними хворий не приходить до свідомості.

 Основними причинами розвитку епілептичного статусу у хворих є зміна дози чи несанкціонована відміна препарату.

# Діагностичні критерії

 Діагноз «епілепсія» вимагає наявності хоча б одного епілептичного нападу. Неприпустима постановка діагнозу «епілепсія» на підставі тільки анамнестичних даних або тільки за результатами електроенцефалографічного дослідження.

 Для встановлення етіології епілепсії й характеру нападу необхідно провести ретельне клініко-психопатологічне дослідження, що включає детальний збір анамнезу за даними медичної документації і сімейний анамнез; уточнити наявність в анамнезі пологової травми або іншої тяжкої патології ЦНС у ранньому дитинстві; вік початку появи епілептичних нападів, починаючи з дитячого віку й по теперішній час, їх структуру й тривалість, частоту, приуроченість до часу доби, наявність станів порушеної свідомості; когнітивних та емоційних розладів і інших психопатологічних порушень.

 Інструментальні та лабораторні дослідження при епілепсії включають: електроенцефалографію (ЕЕГ) і/або відео-ЕЕГ-моніторинг, методи нейровізуалізації - ядерна магнітно-резонансна томографія (ЯМРТ) головного мозку, ЕКГ-дослідження (для виключення кардіогенного походження пароксизмів), біохімічне дослідження крові (Са, глюкоза, лактат, піруват, карнітин та ін.), аналіз амінокислот в крові і спинномозкової рідини, дослідження хромосомного каріотипу, аналіз ДНК на наявність фрагільної хромосоми і ін.

**Лікування епілепсії**

Лікування епілепсії повинне бути безперервним, тривалим та індивідуальним. Фармакотерапія епілепсії включає лікування епілептичних нападів і психопатологічних розладів. При парціальних формах епілепсії й резистентних до терапії епілептичних синдромах можуть бути показані хірургічні методи лікування.

 ***Загальні принципи фармакотерапії епілепсії***

Основним методом лікування епілепсії в даний час є фармакотерапія.

До загальних принципів фармакотерапії епілепсії відносяться наступні:

 1. Основна умова початку лікування — уточнений діагноз епілепсії й точна кваліфікація епілептичних нападів — генералізовані: абсанси (типові або атипові); grand mal, тонічні, клонічні, міоклонічні, атонічні (астатичні); прості фокальні, складні фокальні, парціальні із вторинною генералізацією.

 2. Добір антиепілептичного препарату (АЕП) проводиться диференційовано залежно від форми епілепсії, типу епілептичних нападів, психічного стану хворого.

 3. Краще лікувати одним АЕП, тобто за допомогою монотерапії. Дуотерапія, тобто лікування двома препаратами або навіть політерапія є виправданою тільки в тих випадках, де правильно підібрана й проведена монотерапія не дала терапевтичного ефекту.

 4. Лікувальна доза препарату підбирається індивідуально й розраховується на вагу хворого (мг на кг ваги на добу), а не призначається емпірично. Ряд антиконвульсантів призначається шляхом титрування дози з початкової з послідуючим збільшенням до індивідуальної середньої добової дози або ефективної терапевтичної (карбамазепін; топірамат; ламотриджин). До протиепілептичних препаратів, відразу призначаємих в ефективній дозі відносять - фенітоїн; вальпроати; габапентин; левітирацетам.

 Кратність приймання антиконвульсанта повинна бути адекватною, щоб підтримувати необхідну концентрацію препарату в плазмі крові й уникнути падіння концентрації АЕП. Тому, що зменшення концентрації препарату в крові приводить до зниження ефективності препарату й декомпенсації епілепсії. Антиконвульсант приймається щодня, регулярно й безупинно протягом тривалого часу (іноді кількох років).

 5. Добір антиепілептичного препарату проводять із урахуванням спектру антиепілептичної активності препарату (глобальної дії на всі варіанти епілептичних нападів або цілеспрямованого на окремі види пароксизмів).

**Хірургічне лікування**

 Метою хірургічного втручання є зменшення виразності епілепсії. Найчастіше хірургічне лікування епілепсії у дорослих проводять при одному з варіантів скроневої епілепсії - мезиальному темпоральному склерозі.Застосовують наступні типи оперативних втручань: хірургічне видалення епілептогенної тканини мозку: кортикальна топектомія, лобектомія, мультилобектомія, гемісферектомія; селективні операції – амігдалогіпокампектомія, функціональне стереотаксичне втручання й вагус-стимуляція (уведення особливого приладу, що забезпечує спеціальні режими стимуляції блукаючого нерва). Існують строгі показання до кожного виду втручань.

 **Диспансерне спостереження й профілактика**

 Епілепсія є хронічним захворюванням, що вимагає тривалої безперервної терапії, тому хворі потребують постійного диспансерного спостереження з метою контролю ефективності терапії й корекції можливих побічних симптомів, а також необхідності періодичного інструментального й лабораторного дослідження. Розроблені стандарти диспансерного спостереження: консультація фахівця, що спостерігає, проводиться 1 раз в 2-3 місяця для динамічної оцінки стану; корекції доз і контролю регулярності прийому антиконвульсанта; призначення дегідратаційної, судинної й метаболічної терапії. ЕЕГ обстеження 1 раз на 6 міс. МРТ головного мозку 1 раз на 3 роки. Консультативний огляд 1 раз на рік. Лабораторна діагностика 1 раз на 3-6 місяці: аналіз крові клінічний (гемоглобін, гематокрит, лейкоцитарна формула, кількість тромбоцитів); аналіз сечі клінічний (білок, глюкоза, мікроскопія, кетони, домішки крові); біохімічний аналіз крові (білірубін, лужна фосфатаза й трансамінази, електроліти, білок, сечовина).

 *Профілактика* повинна бути спрямована на усунення факторів, які можуть викликати епілептичну активність. Необхідно, щоб пацієнти дотримувалися здорового способу життя: відмовилися від шкідливих звичок, уникали фізичних і емоційних перевантажень, гіперінсоляції й гіпертермії, гіпервентиляції, мали достатній сон. Обов'язкове застереження щодо тривалого перегляду телевізійних передач і роботи на комп'ютері. Пацієнти не повинні самостійно перебувати у воді.

**Невідкладні заходи при епілептичних нападах**

 **Слід пом’ятати:**

Напад сам по собі не несе загрози життю і не вимагає спеціальних медичних заходів.

 Дії повинні бути спрямовані на забезпечення запобігання травматизації хворого під час нападу:

 - видалити хворого від потенційно ушкоджуючих предметів;

 - укласти хворого на горизонтальну поверхню, а голову покласти на м’яке місце;

 - звільнити від стискаючого одягу, розстібнути комір і ремінь;

 - повернути пацієнта набік із метою профілактики аспірації блювотними массами;

 - не можна намагатися розкривати рот хворому та вставляти предмети між зубами!

 - після закінчення нападу слід забезпечити доступ свіжого повітря і дати можливість для сну;

 - виклик СМП необхідний у випадках серйозних травматичних ушкодженнь, надзвичайної тривалості епілептичного нападу (понад 5 хвилин), відсутності відновлення свідомості в міжіктальному періоді (можливий епілептичний статус), якщо епілептичний напад виник вперше.

**Поради щодо поводження з дітьми з епілептичними проявами**

Спокійне, заохочувальне поводження, спокійний тихий, врівноважений, доброзичливий голос збагачений інтонаційно.

 Вилучення гучних доган.

 Використовувати в учбовому процесі прийоми релаксації.

 Індивідуалізація і дозування учбових навантажень.

 При будь-яких змінах самопочуття дитини – негайно направляти до лікаря!