

Т.І. Стеценко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

Особливості діагностики та лікування фокальних форм епілепсії у дітей (лекція)

Епілепсія — гетерогенна група захворювань і синдромів із різною етіологією та прогнозом, що потребує індивідуального відповідного лікування. Діти хворіють на епілепсію частіше, ніж дорослі. У статті представлено особливості діагностики фокальних форм епілепсії у дітей та сучасні підходи до їх лікування відповідно до міжнародних настанов.

Ключові слова: епілепсія, фокальні форми епілепсії, лікування епілепсії.

Вступ

Епілептичні напади є однією з реакцій головного мозку, які можуть бути при різних обставинах у кожної людини. Однак внаслідок генетичних або інших факторів ураження мозку приблизно у 10% всіх людей наявний підвищений ризик розвитку епілептичних нападів (схильність). Приблизно у половини з них цей ризик є латентним. В інших розвивається єдиний у житті епілептичний напад, що не є епілепсією. В усьому світі на епілепсію страждають близько 65 млн людей (в середньому — 1%).

Епілепсія — розлад мозкової діяльності, що характеризується стійкою схильністю до виникнення епілептичних нападів, а також нейробіологічними, когнітивними, психологічними і соціальними наслідками. Визначення (діагноз) епілепсії потребує появи щонайменше одного епілептичного нападу. Термін «розлад» недостатньо зрозумілий для пацієнтів і применшує серйозність стану, тому Міжнародна протиепілептична ліга (International League Against Epilepsy — ILAE) та Міжнародне бюро з вивчення епілепсії (International Bureau of Epilepsy — IBE) нещодавно прийняли спільне рішення вважати епілепсію хворобою (Fisher R.S. et al., 2005; de Boer H.M. et al., 2013).

У 2014 р. прийнято нове практичне визначення епілепсії, згідно з яким **епілепсія** — захворювання головного мозку, яке відповідає таким станам:

- не менше двох неспровокованих або рефлекторних епілептичних нападів з інтервалом <24 год;
- один неспровокований (рефлекторний) епілептичний напад і вірогідність повторних нападів, яка відповідає загальному ризику рецидиву (>60%) після двох неспровокованих епілептичних нападів у наступні 10 років;
- діагноз епілептичного синдрому.

Епілепсії як єдиної нозологічної одиниці не існує. Згідно із сучасними знаннями, епілепсія — гетерогенна група захворювань, які характеризуються повторними, спонтанно виникаючими нападами, це група різних за етіологією та патогенезом захворювань.

Перший етап встановлення діагнозу — визначення характеру нападу: епілептичний або неепілептичний. Особливо необхідна диференційна діагностика фокальних та неепілептичних нападів. Серед **неепілептичних** часто відзначають мігрень, гіпнічні напади, нарколепсію, катаплексію, нічну міоклонію, нічні страхи, сноовлення, сноходіння, синкопе, енурез, бруксизм, синдром апное, напади дереалізації та особливо дисоціативні (конверсійні) розлади. Основні ознаки неепілептичних нападів — **закриті очі**, тривалість >2 хв, нестереотипність, відсутність самоушкодження та прикус язика посередині (наведено за значимістю ознаки).

При розвитку у дитини гострого стану різної етіології з епілептичними нападами, як при енцефаліті, гострому порушенні мозкового кровообігу, травм, діагноз епілепсії або епілептичного синдрому одразу не встановлюють. Натомість, згідно з рекомендаціями ILAE (2009), встановлюють діагноз «**гострий симптоматичний епілептичний напад**» — епілептичний напад, який виникає під час системного патологічного стану. Зауважимо, що цей

діагноз застосовують у рамках диференційної діагностики, і він не є остаточним. Виписати дитину зі стаціонару необхідно з діагнозом згідно з Міжнародною класифікацією хвороб-10, тобто з/без діагнозу «епілепсія». Підкреслимо: діагнозу «епілептичний синдром» без уточнення форми не існує.

На сьогодні використовують Міжнародну класифікацію епілептичних нападів (ILAE, 1981) з певними уточненнями ILAE (2017), згідно з якою всі напади поділяють на фокальні, генералізовані, ті, що мають ознаки генералізованих та фокальних, та неклассифіковані.

Фокальні напади

Фокальні напади сприймаються як такі, що виникають у межах однієї півкулі. У 2010 р. ILAE визначила термін «вогнищеві» як «ті, що відбуваються в межах однієї півкулі». Вони можуть бути дискретно локалізовані або мати більше поширення. Вогнищеві напади можуть виникати в підкіркових структурах. Термін «вогнищеві» більш зрозумілий щодо розміщення початку нападів. Вони можуть бути локалізованими або значно поширенішими. Вогнищеві судоми можуть зароджуватися у підкіркових структурах. Семіологія (симптоми/ознаки), що виникають під час нападів, може дозволити ідентифікацію дискретної ділянки мозку, частки або півкулі, яка бере участь у виникненні та поширенні нападів. Класифікація фокальних нападів може застосовуватися за рівнем свідомості (в точному перекладі з англійської мови «усвідомлення», хоча в дитячому віці цей термін використати у практиці дуже важко). Існують напади без/з порушенням свідомості та включені з класифікації «прості та складні» напади. Визначення рівня свідомості має практичне значення для безпеки та незалежності у повсякденному житті. Початок нападу в свідомості може запобігти травмуванню, якщо в подальшому розгортається великий генералізований тоніко-клонічний напад або виникають інші моторні зміни під час нападу, при яких людина падає. Оскільки перший симптом/ознака нападу — найбільш корисна ознака для ідентифікації регіональної мережі мозку, в якій виникає напад, фокальні напади також класифікують за їх первинною ознакою. За описанням нападу можна визначити топічний діагноз епілептичного вогнища. Цей підхід набагато важливіший, ніж пошук фокусу на міжкітальній електроенцефалографії (ЕЕГ), який, на жаль, досі проводиться серед лікарів.

Для класифікації фокальних нападів визнають такі типи нападів:

- **Моторні:** тонічні, клонічні, міоклонічні, атонічний, геміклонічний, дистонічний, моторний напад з іктальним парезом/паралічем, фокальний епілептичний спазм (кластерний перебіг), гіперкінетичний (педальовання, версії тазом, розгойдування тощо), фокальні автоматизми, з негативним міоклонусом, адверсивний.
- **Сенсорні:** соматосенсорні, зорові, нюхові, слухові, смаковий (парієтальна оперкулярна кора, інсула), вестибулярний (тім'яна, парієто-потилично-скронева частка, парієто-скронева кора), напад із відчуттям головного болю, холоду–жару.

- **Когнітивні:** дис-/афазичні, дис-/алексичні, зі слуховою агнозією, зі складними галюцинаціями, з ілюзіями, нав'язливими думками, *déjà vu*, *jamais vu*, з дискалькулією, з порушенням розуміння право-ліво (домінантна парієто-скроневая кора).
- **Емоційні:** панічні атаки, страхи, нав'язливий сміх, плач, задоволення або злість.
- **Вегетативні:** тахікардія/брадикардія/асистоля, нудота/блювання, сльозотеча, почервоніння/побіління, гіпо-/гіпервентиляція, зупинка дихання, пілоерекція, сечовипускання/дефекація.
- **Поведінковий:** призупинення або пришвидшення звичайної діяльності, але цей тип нападу важко відрізнити від інших фокальних нападів чи аур.

Тип нападу «від вогнищевих до білатеральних тоніко-клонічних» є особливим, що відповідає терміну 1981 р. «парціальний напад із вторинною генералізацією».

Попередні класифікації засновані на анатомії та включали напади скроневої, лобної, тім'яної, потиличної долі, дієнцефальні чи стовбурові. Сучасні дослідження змінили уявлення про патофізіологічні механізми, що беруть участь у розвитку нападів, і показали, що епілепсія може бути системною хворобою, а не лише симптомом місцевих аномалій чи уражень мозку. Напади можуть виникати в неокортексі, таламокортикальній, лімбічній і стовбуровій мережах. Хоча розуміння мереж епілепсії швидко розвивається, інформації поки що недостатньо, щоб взяти її за основу класифікації нападів (ILAE, 2017).

Причини

Більше ніж у половині дітей з епілепсією **ідіопатичну** форму епілепсії, при якій немає встановлених інших причин, ніж генетичні. Згідно з новою класифікацією (ILAE, 2017) замість «ідіопатичної» запропонований новий термін — «генетична», тобто внаслідок вже відомих та передбачуваних генів. За різними даними на сьогодні відкрито >600 генів, але 80% генетичних епілепсій викликають 20% генів. Часто виявляють мутації в генах, що кодують канали Na, K (каналопатії) або рецептори *SCN1A*, *SCN2A*, *PCDH19* (дівчатка), *KCNQ2* (новонароджені), *STXBP1*, *POLG* (мітохондріопатії), *ARX*, *CDKL5*, *GLUT1* (гіперкінези-дистонії) (Куликова С.Л., 2018).

Епілепсію, причина якої відома і не пов'язана з генетичними факторами, називають **симптоматичною (структурною/метаболічною)**, за новою термінологією ILAE, 2017). У цьому разі епілепсія є вторинним результатом конкретних встановлених структурних або метаболічних захворювань:

- пошкодження речовини головного мозку внаслідок тяжкої хронічної гіпоксії та афіксії в пологах, пологової травми, геморагічних ушкоджень, перенесених вроджених інфекцій TORCH-групи;
- метаболічні захворювання (порушення обміну амінокислот, вуглеводів тощо), які супроводжуються поліорганною симптоматикою, крім епілепсії, мітохондріальні та пероксисомні хвороби;
- вроджені вади розвитку головного мозку;
- хромосомні синдроми (синдром Ангельмана, Дауна, фрагільної X-хромосоми та ін.);
- спадкові нейрошкірні синдроми (факоматози) (туберозний склероз та ін.);
- черепно-мозкова травма;
- судинні артеріо-венозні мальформації головного мозку;
- перенесений інсульт (Klięgmap R. et al., 2016).

Існує ще одна група епілепсій з **невідомою** етіологією (раніше мала назву «криптогенна» епілепсія), тобто причина нападів поки що не встановлена, вона може бути генетичною або структурно-метаболічною. Наголошуємо, що згідно з багатьма рекомендаціями щодо лікування у разі епілепсії у світі використовують стару класифікацію (до 2017 р.).

Прогноз залежить від об'єму та причини ураження мозку. Так, значні пренатальні ураження можуть бути значними і важко піддаються лікуванню.

Міжнародна класифікація епілепсій ILAE (1989) (скорочений варіант)

Локалізаційно зумовлені (фокальні) епілепсії і синдроми

1. Ідіопатичні (генетичні) (з вікозалежним дебютом), G 40.0:
- епілепсія дитячого віку з центрально-темпоральними спайками на ЕЕГ (роландична);

- дитяча епілепсія з потиличними нападами з пізнім дебютом (синдром Гасто);
 - дитяча потилична епілепсія з раннім дебютом (синдром Панайотопулоса);
 - первинна епілепсія при читанні;
 - аутосомно-домінантна нічна лобна епілепсія;
 - афективна нічна епілепсія (синдром Dalla — Bernardina).
2. Симптоматичні (структурні/метаболічні), G 40.1, G 40.2:
 - хронічна прогресуюча парціальна епілепсія дитячого віку (Кожевнікова), G 40.5;
 - епілепсія, яка характеризується нападами, що викликаються специфічними провокуючими факторами;
 - скроневая епілепсія;
 - лобна епілепсія;
 - епілепсія, пов'язана з ураженням тім'яної частки;
 - епілепсія, пов'язана з ураженням потиличної частки.
3. Криптогенні (невідомі).

Епілепсія дитячого віку з центротемпоральними спайками на ЕЕГ (роландична)

Найчастіша форма епілепсії у дітей. Виявляють у 15–25% всіх дітей шкільного віку з епілепсією. Хвороба дебютує у віці 4–10 років з максимумом у 9 років. Хлопчики хворіють частіше, ніж дівчатка.

Клінічно проявляється характерними ознаками: початок із сенсомоторної аури, з'являються «горлові» звуки або анартрія, геміфаціальні короткі моторні напади вночі при засинанні та просинанні, у 20% фаціобрехіальні судоми, у 25% дітей у дебюті — фокальні з білатеральними тоніко-клонічними нападами. Тривалість нападів: без порушення свідомості — 30–60 с, білатеральні тоніко-клонічні — до 1–2 хв з частотою нападів 2–6 разів за рік (у дітей віком <6 років у дебюті хвороби — часті напади).

Ця форма доброякісна; крім епілептичних нападів, дитина не має змін у неврологічному статусі та когнітивній сфері, тобто може навчатися в загальній середній школі. Ремісія зазвичай настає у 98% пацієнтів до досягнення пубертатного періоду. Згідно з оцінкою ILAE (2017), її вважають такою, що може самообмежуватися (англ. self-limited), але не рекомендовано вживати термін «доброякісна», оскільки часто діти мають проблеми з навчанням та уважністю при нормальному інтелекті.

Характеристики ЕЕГ:

- епілептиформні зміни між нападами діагностують у 90% випадків;
- типово: доброякісні епілептиформні зміни дитинства (ДЕЗД) в центральнотемпоральних відведеннях (за типом *QRST* на електрокардіограмі), але у дітей віком 3–5 років — у задньоскронево-потилічних відведеннях;
- у 30% дітей реєструють лише нічні ЕЕГ-феномени (під час повільного сну — пік-хвильові комплекси);
- нормалізація ЕЕГ відбувається значно пізніше, ніж клінічна ремісія.

У лікуванні застосовують **тільки монотерапію** одним із препаратів першої (вальпроати, карбамазепін, окскарбазепін, топірамат) або другої лінії (ламотриджин, леветирацетам). Є дані щодо можливої вторинної білатеральної синхронізації, особливо при застосуванні карбамазепіну та окскарбазепіну.

Існує атипична форма роландичної епілепсії, або **синдром псевдо-Леннокса**. Суть цього синдрому в тому, що він може бути спровокований несправильним лікуванням у межах індивідуальної чутливості. При лікуванні карбамазепіном у разі фокальної епілепсії, яка схожа на дитячу епілепсію з центротемпоральними спайками на ЕЕГ, може розвинути вторинна білатеральна синхронізація та сформуватися синдром, схожий на синдром Леннокса — Гасто. Клінічно він починається з фокальних нападів, як при роландичній епілепсії (клонічні судоми обличчя, слинотеча, гортанні звуки), далі приєднуються фокальні з білатеральними тоніко-клонічними довготривалими (це патогномонічно!) або атонічними нападами, міоклонічними, атипичними абсансами. На магнітно-резонансній томографії (МРТ) головного мозку патології не виявляють. У неврологічному статусі можна діагностувати малі патологічні симптоми — диспраксію, порушення уваги, дисграфію або дизартрію. Напади нечасті, від щомісяця до 1–2 нападів на 3 міс (хоча це індивідуально), але проблема

в тому, що існує високий ризик формування електричного епілептичного статусу сну (electrical status epilepticus in sleep — ESES) із формуванням когнітивних проблем. Тому є необхідність за відсутності нападів робити EEG сну. У 30% випадків фокальні судоми починаються на фоні лихоманки. Цей факт може бути визначальним для призначення адекватної терапії. З урахуванням ризику формування атипичного перебігу фокальної епілепсії доцільно призначати препарати вальпроєвої кислоти або леветирацетаму та уникати застосування карбамазепіну та ламотриджину.

Дитяча потилична епілепсія з раннім дебютом (синдром Панайотопулоса)

Початок у віці 1 рік–13 років (у середньому у 75% випадків у 3–4 роки). Напади виникають рідко (до 5–7 за життя), переважно під час сну, проявляються девіацією очей в бік, порушенням свідомості за типом дезорієнтації, активним блюванням, після чого виникає нападopodobний головний біль. У половини дітей напади можуть бути тривалими протягом декількох годин зі втратою свідомості (іктальне синкопе), блюванням, девіацією очей, клонічними гемісудомами, постіктальним головним болем.

Дитяча потилична епілепсія з пізнім дебютом (синдром Гасто)

Напади реєструють частіше, ніж при синдромі Панайотопулоса (1 раз на тиждень — 1 раз на місяць). Хвороба починається у віці 3–15 років із максимумом у 8 років. Клінічне ядро — фокальні напади без порушення свідомості, сенсорні напади — зорові галюцинації в периферичному полі зору, геміаноптичні галюцинації, ілюзії з відчуттям болю в очах, кліпання очима, поворот очей та голови у протилежний від вогнища бік. Тривалість нападів становить секунди — хвилини. Характерно: наприкінці нападу скарги на сильний головний біль із блюванням (у 50% хворих). Може бути вторинна генералізація з тоніко-клонічними судомами. При синдромах Панайотопулоса та Гасто змін у неврологічному статусі та когнітивній сфері дитини немає.

Характеристики EEG:

- ДЕЗД у потиличних відведеннях у 90% хворих між нападами;
- основний фон — без змін;
- у 30% дітей можуть бути зміни у скроневиких відведеннях;
- типово: зникнення патологічного патерну при відкриванні очей;
- висока фотосенситивність;
- при нічному EEG-відеомоніторингу у стадії повільного сну — наростання ДЕЗД-комплексів (рання діагностика хвороби). Нормалізація картини EEG відбувається до досягнення віку 15 років.

Ці форми епілепсії потребують диференційної діагностики з мігренозними нападами з вегетативною чи зоровою ауурою.

Лікування у разі синдрому Панайотопулоса, синдрому Гасто (монотерапія):

- перша лінія: вальпроати, карбамазепін, окскарбазепін;
- друга лінія: леветирацетам.

Існує думка фахівців, що ці синдроми — форми перебігу однієї хвороби і можуть переходити між собою, навіть незважаючи на лікування. Повна ремісія при синдромі Панайотопулоса відбувається до досягнення віку 9, Гасто — 15 років. Картина EEG нормалізується значно пізніше, що не є приводом продовжувати лікування >3 років.

Аутосомно-домінантна лобна епілепсія

Це ідіопатична (генетична) рідкісна форма епілепсії. Встановлені етіологічні мутації генів *CHRNA4*, *CHRNA2*, *CHRNA2*, локалізовані 20q13, 8q, 1p21 відповідно. Ця форма ідіопатичної епілепсії починається частіше у віці 7–12 років. Характерні нічні напади (після засинання, за 2–3 год перед просинанням). Початок нападу — з вокалізації (зазвичай крик), при цьому очі відкриті. За характером напади фокальні з/без порушення свідомості. Характерний поліморфізм клініки нападів — складні рухові акти (пацієнт сідає, чує ніс, голову, робить гримаси, жувальні рухи, стає на четвереньки, розхитується, робить педалюючі або боксуючі рухи). У 70% дітей може бути аура — неприємні звуки, генералізований озноб, запаморочення; дитина просинається. Три-

валість нападу — до 1 хв. За одну ніч може бути декілька нападів. При цій формі епілепсії існує тенденція до серійності та «світлий проміжок» (відсутність нападів протягом 2–3 міс). Обстеження не виявляє змін у неврологічному статусі, інтелекті та мові.

Характеристики EEG:

- основний фон — без змін;
- у стані без сну — без епілептичних феноменів;
- основна діагностична методика — нічний EEG-відеомоніторинг, реєструють регіональну епіактивність у лобних, лобно-скроневиких відведеннях.

Лікування складне, частіше ефективна політерапія (вальпроати, карбамазепін, топірамат, ламотриджин, леветирацетам або комбінація базових препаратів).

Ця форма епілепсії потребує проведення диференційного діагнозу із симптоматичною лобною епілепсією: на EEG сповільнення основного ритму, у неврологічному статусі — патологічні симптоми, при проведенні нейровізуалізації — органічні зміни речовини мозку. Також проводять диференційну діагностику з парасомніями: на EEG відсутні епілептичні патерни.

Відносно нова форма фокальної епілепсії у дітей віком до 1 року, враховуючи нові етіологічні чинники — **злюкаєні мігруючі фокальні напади раннього дитинства** (синдром Коппола — Дюлака). В інших джерелах зазначають іншу назву — епілептична енцефалопатія раннього віку з мігруючими фокальними нападами.

Характеристики:

- на сьогодні відомо багато генів — *KCNT1* (50%), *SCN2A* (25%), *PLCB1*, *QARS*, *SCN1A*, *SCN8A*, *SLC25A22*, *TBC1D24*, *SLC12A5*;
- початок до віку 6 міс;
- нормальний розвиток дитини до дебюту;
- моторний та інтелектуальний регрес;
- напади фокальні моторні без порушення свідомості, вторинно-генералізовані, вегетативні (апноє, ціаноз), у вигляді серій та кластерів (2–5 діб), короткі ремісії;
- прогресуюча мікроцефалія;
- на EEG на початку може бути нормальна інтеріктальна картина, далі — типовий фокальний патерн у різних відведеннях;
- норма на МРТ.

Лікування: фенітоїн, вігабатрин*, карбамазепін, кетогенна дієта, леветирацетам, руфінамід*, кортикостероїди, броміди. Часто відзначають резистентність до лікування, хоча це залежить від типу генетичної мутації.

Особливості лікування епілепсії у дітей

Терапію призначають лише після встановлення діагнозу «епілепсія», тобто згідно з визначенням терміна — після другого неспровокованого нападу, але існує виняток із загальних правил. Терапія може бути призначена після першого нападу за наявності неврологічного дефіциту, змін мозку на МРТ, типових, характерних та аутентичних для певної форми змін на EEG.

В Україні лікування епілепсії здійснюють згідно з міжнародними стандартами та протоколами. Наказом МОЗ України від 17.04.2014 р. № 276 затверджено Клінічну настанову та Уніфікований клінічний протокол лікування епілепсій у дітей.

Лікування у разі епілепсії розпочинає дитячий невролог або дитячий психіатр, який має достатній рівень знань із питань епілепсії за умови достовірності встановленого діагнозу.

Терапія складається з таких напрямків:

- призначення протиепілептичних препаратів (ПЕП);
- адитивна терапія;
- альтернативна терапія, нейрохірургічна корекція;
- соціально-психологічна реабілітація пацієнта та сім'ї хворої дитини.

Протиепілептична терапія

На сьогодні створено багато ПЕП. Відомо близько 30 хімічних формул ліків із протиепілептичною дією. Існують «старі» ПЕП, сучасні та ПЕП останньої генерації. Докази, використані для розроблення попередньої настанови NICE (2004) щодо епілепсії, не показали різниці щодо ефективності між новішими та «старими» ПЕП і між новими препаратами (у монотерапії) для контролю судом. Однак за результатами великого багатоцентрового дослідження SANAD (Marson A.G. et al., 2007), в якому оцінювали нові

*На сьогодні не зареєстровані в Україні.

препарати при нещодавно діагностованій епілепсії, можна припустити, що вальпроат натрію має бути препаратом вибору при генералізованій та некласифікованій, ламотриджин — при фокальній епілепсії. Тому визнано необхідним переглянути докази в рамках оновлення клінічної інструкції NICE (2019).

Основні принципи лікування епілепсії — індивідуальність, комплексність, безперервність, тривалість з урахуванням віку дитини. Акцент у лікуванні при епілепсії в останні роки робиться на індивідуальний підбір з урахуванням етіології епілепсії. Особливу увагу приділяють вивченню застосування певних ПЕП при генетичних мутаціях у разі генетичних епілепсій.

До основних ПЕП, які можна застосовувати в Україні, належать:

- вальпроати (15–30 мг/кг/добу);
- леветирацетам (20–60 мг/кг/добу);
- топірамат (3–9 мг/кг/добу);
- ламотриджин (1–10 мг/кг/добу);
- карбамазепін (10–20 мг/кг/добу);
- габапентин (10–40 мг/кг/добу);
- бензодіазепіни (0,1–0,3 мг/кг/добу);
- барбітурати (2–5 мг/кг/добу);
- похідні гідантоїну (5–7 мг/кг/добу).

Ідіопатичні дитячі форми фокальної епілепсії лікують переважно монотерапією. Терапія зазвичай ефективна. Лікування симптоматичних фокальних епілепсій складне. Дуже часто напади резистентні до адекватної терапії. Лікування слід починати з монотерапії препаратами першої лінії в адекватній дозі, далі — переходити на комбінацію препаратів з різними механізмами дії. У разі неефективності першого ПЕП як монотерапії призначають інший препарат першої лінії у монотерапії. Для цього другий препарат доводять до терапевтичної (ефективної) дози і лише потім поступово відмінюють перший неефективний ПЕП. Можлива комбінація раніше призначених ПЕП або одного з них з будь-яким препаратом першої чи другої лінії з урахуванням їхніх фармакокінетичних і фармакодинамічних взаємодій.

Згідно з рекомендаціями NICE (2019) при фокальних нападах:

- препарати першої лінії: карбамазепін, ламотриджин, вальпроат натрію, леветирацетам, окскарбазепін;
- препарати другої лінії: карбамазепін, габапентин, ламотриджин, леветирацетам, окскарбазепін, вальпроат натрію, топірамат;
- препарати третьої лінії: вігабатрин*, лакосамід, фенобарбітал, прегабалін.

Прогноз

Для епілепсії немає єдиного прогнозу. При ідіопатичних епілепсіях загалом прогноз сприятливий, тобто при лікуванні протягом 2–3 років та при ремісії нападів можлива відміна медикаментозного лікування без ризику подальшого рецидиву. При симптоматичних епілепсіях лікування та прогноз залежать від етіології захворювання.

Список використаної літератури

- Куликова С.Л., Лихачев С.А., Зайцев И.И. и др. (2018) Эпилептические энцефалопатии при моногенных эпилепсиях у детей: современное состояние проблемы. Мед. новости, 1: 37–41.
- МОЗ України (2014) Наказ МОЗ України від 17.04.2014 р. № 276 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при епілепсіях» (http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140417_0276.html).
- Berg A.T., Scheffer I.E. (2011) New concepts in classification of the epilepsies: entering the 21st century. *Epilepsia*, 52(6): 1058–1062, doi: 10.1111/j.1528-1167.2011.03101.x.

de Boer H.M., Moshé S.L., Korey S.R., Purpura D.P. (2013) ILAE/IBE/WHO Global Campaign Against Epilepsy: a partnership that works. *Curr. Opin. Neurol.*, 26(2): 219–225, doi: 10.1097/WCO.0b013e32835f2037.

Fisher R.S., van Emde Boas W., Blume W. et al. (2005) Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*, 46(4): 470–472. doi: 10.1111/j.0013-9580.2005.66104.x.

ILAE (1981) Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. From the Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia*, 22(4): 489–501. doi: 10.1111/j.1528-1157.1981.tb06159.x.

ILAE (2009) International League Against Epilepsy's 2009 Annual report (https://www.ilae.org/files/dmfile/ILAEAnnual-Report2009_000.pdf).

ILAE (2016) International League Against Epilepsy's 2016 Annual report (<https://www.ilae.org/files/dmfile/ILAEAnnual-Report2016.pdf>).

ILAE (2017) International League Against Epilepsy's 2017 Annual report (https://www.ilae.org/files/dmfile/ILAEAnnual-Report2017_Rev-2019-03forWiebe.pdf).

Marson A.G., Al-Kharusi A.M., Alwaidh M. et al.; SANAD Study group (2007) The SANAD study of effectiveness of valproate, lamotrigine, or topiramate for generalised and unclassifiable epilepsy: an unblinded randomised controlled trial. *Lancet*, 369(9566): 1016–1026. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60461-9.

Kliegman R., Stanton B., Behrman R.E. et al. (2016) Nelson textbook of pediatrics. Elsevier, Philadelphia, PA.

NICE (2004) The epilepsies: The diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg20>).

NICE (2019) Epilepsies: diagnosis and management (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg137>).

Особенности диагностики и лечения фокальных форм эпилепсии у детей (лекция)

Т.И. Стеценко

Резюме. Эпилепсия — гетерогенная группа заболеваний и синдромов с различной этиологией и прогнозом, требующая индивидуального лечения. Дети болеют эпилепсией чаще, чем взрослые. В статье представлены особенности диагностики фокальных форм эпилепсии у детей и современные подходы к их лечению в соответствии с международными руководствами.

Ключевые слова: эпилепсия, фокальные формы эпилепсии, лечение эпилепсии.

Features of diagnostics and treatment of focal epilepsy in children (lecture)

T.I. Stetsenko

Summary. Epilepsy is heterogeneous group of diseases and syndromes with different etiology and prognosis, which need an individual treatment. Children suffer from epilepsy more often than adults. The article describes focal forms of epilepsies in children and modern approaches to their treatment according to the international guidelines.

Key words: epilepsy, focal epilepsy, treatment of epilepsy.

□

Адреса для листування:

Стеценко Тетяна Іванівна
04112, Київ, вул. Дорогожицька, 9
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
кафедра дитячої неврології

Одержано 17.12.2019
UA-LEVI-PUB-122019-023