



В.С. МЕЛЬНИК

Національний медичний університет  
ім. О.О. Богомольця, Київ

## Епілепсія та епілептичні синдроми

Епілепсія — це хронічне захворювання головного мозку, основною ознакою якого є повторні спонтанні неспровоковані епілептичні напади у вигляді раптового виникнення одного з наведених симптомів: судом, сенсорних або психічних розладів, що стають наслідком надмірного гіперсинхронного розряду кіркових нейронів. Згідно з Міжнародною класифікацією епілепсій та епілептичних синдромів виокремлюють локалізаційно-обумовлені (фокальні, парціальні) епілепсії та синдроми, генералізовані епілепсії та синдроми, епілепсії та синдроми, які мають ознаки фокальних і генералізованих, та спеціальні синдроми. В основі виникнення епілептичних нападів лежить спонтанна локальна або генералізована нестабільність мембран кіркових нейронів, пов'язана з успадкованими або вторинно-набутими особливостями метаболічних процесів. Лікування епілепсії розпочинається лише після встановлення діагнозу та проведення диференційного діагнозу. Згідно з рекомендаціями Міжнародної протиепілептичної ліги вибір протиепілептичних препаратів проводиться відповідно до типу нападу й форми епілепсії та з позицій доказової медицини.

**Ключові слова:** епілепсія, епілептичні синдроми, епілептичні напади.

Епілепсія — це хронічне захворювання головного мозку, основною ознакою якого є повторні спонтанні неспровоковані епілептичні напади у вигляді раптового виникнення одного з наведених симптомів: судом, сенсорних або психічних розладів, які виникають унаслідок надмірного гіперсинхронного розряду кіркових нейронів.

Відомий епілептолог Мартін Броді стверджує: «Епілепсія подібна до кита: ви бачите струмінь води (напад), однак самого кита ви не бачите. Інколи вам вдається побачити невелику частину кита, інколи він виринає з води і ви можете побачити більшу частину. Ті препарати, які ми застосовуємо, спрямовані проти струменя води, однак у нас немає препаратів проти кита!».

Термін «епілепсія» походить від грецького дієслова *epilambano* — схоплювати, нападати. Основну концепцію епілепсії запропоновано і розвинуто в індійській медицині в 4500—1500 рр. до н. е. Чарака Самхіта в «Аюрведі» описав епілепсію, використовуючи термін «апасмара», що означає «втрата свідомості». Він також навів усі дані про захворювання, включаючи симптоми, походження, діагностику та лікування епілепсії. Про епілепсію згадував Гіппократ (460—377 рр. до н. е.),

який пов'язував захворювання з ураженням головного мозку, вважав його спадковим, описав епілептичні напади з повною та частковою втратою свідомості, аурую. З 1850-х, після виокремлення неврології в самостійну науку, концепція епілепсії як захворювання головного мозку стала загальноприйнятою. Перший госпіталь для «паралізованих та епілептиків» збудовано у Лондоні в 1857 р. Того ж року представлено бромід як перший у світі протиепілептичний препарат, що широко використовували в Європі та США в другій половині XIX століття. Було створено «колонії» для хворих на епілепсію, такі як Діаналунд у Данії, Чалфонт у Англії, центр епілепсії в Швейцарії, де пацієнти були забезпечені доглядом і працевлаштовані. Завдяки роботам Д.Х. Джексона закладено основи знань щодо функціонування мозку у хворих. Ганс Бергер створив електроенцефалограф — пристрій для реєстрації біоелектричної активності головного мозку. У другій половині XX століття швидкими темпами відбувалася розробка препаратів для лікування епілепсії.

У 75 % випадків епілепсія починається в дитячому та підлітковому віці. Серед всесвітньо відомих людей на епілепсію страждали Піфагор, Демокрит,

Сократ, Олександр Македонський, Юлій Цезар, Авіцена, Плутарх, Наполеон, Петро I, Вінсент Ван Гог, Іван Грозний, Ф.М. Достоєвський (в родині останнього було 20 хворих на епілепсію), Л.М. Толстой, лорд Байрон.

У світі від епілепсії страждає 50 млн осіб, в Європі — 6 млн. 85 % усіх хворих на епілепсію мешкають у країнах, які розвиваються. 80 % пацієнтів не отримують належного лікування.

**Міжнародна класифікація епілепсій та епілептичних синдромів (1989)  
Міжнародної протиепілептичної ліги (ILAE)  
(скорочений варіант)**

**1. Локалізаційно-обумовлені (фокальні, парціальні) епілепсії і синдроми**

**1.1. Ідіопатичні (з вікозалежним дебютом) (G 40.0):**

- доброякісна епілепсія дитячого віку з центрально-темпоральними спайками на електроенцефалограмі (роландична);
- дитяча епілепсія з потиличними нападами (синдром Гасто);
- первинна епілепсія при читанні.

**1.2. Симптоматичні (G 40.1, G 40.2):**

- хронічна прогресивна парціальна епілепсія дитячого віку (Кожевнікова) (G 40.5);
- синдром Расмусена;
- епілепсія, яка характеризується нападами, спричиненими специфічними провокаційними чинниками;
- скронева епілепсія;
- лобна епілепсія;
- епілепсія, пов'язана з ураженням тим'яної частки;
- епілепсія, пов'язана з ураженням потиличної частки.

**1.3. Криптогенні — вважається, що ця форма пов'язана з дією екзогенних чинників, насамперед інфекційних (нейроінфекції та токсикоалергійні ураження ЦНС), які не встановлені через недосконалість сучасних діагностичних методик.**

**2. Генералізовані епілепсії і синдроми (G 40.3)**

**2.1. Ідіопатичні (з вікозалежним дебютом):**

- доброякісні сімейні судоми новонароджених;
- доброякісні ідіопатичні неонатальні судоми;
- доброякісна міоклонічна епілепсія раннього дитячого віку;
- дитяча абсанс-епілепсія (пікнолепсія);
- ювенільна абсанс-епілепсія;
- ювенільна міоклонічна епілепсія (синдром Янца);
- епілепсія з генералізованими тоніко-клонічними нападами при пробудженні;
- епілепсія з нападами, які характеризуються специфічним характером провокації (рефлекторні напади).

**2.2. Криптогенні чи симптоматичні (з вікозалежним дебютом) (G 40.4):**

- синдром Веста (інфантильні спазми);
- синдром Леннокса — Гасто;
- епілепсія з міоклонічно-астатичними нападами (синдром Дузе);
- епілепсія з міоклонічними абсансами (синдром Тассінарі).

**2.3. Симптоматичні:**

- рання міоклонічна енцефалопатія;
- рання дитяча епілептична енцефалопатія з комплексами «спалах — пригнічення» на електроенцефалограмі (синдром Отахара);
- специфічні синдроми: ектомезодермальні дисплазії, лізенцефалія (пахігірія), гамартози, нетримання пігменту (синдром Блоха — Сульцбергера), піридоксина залежність, ензимопатії, сероїдліпофусциноз, хвороба Лафора, MELAS, MERRF, лізосомні та пероксисомні хвороби та ін.

**3. Епілепсії і синдроми, які мають ознаки фокальних та генералізованих (G 40.8)**

**3.1. Із генералізованими і фокальними нападами:**

- напади новонароджених;
- тяжка міоклонічна епілепсія дитинства;
- епілепсія з постійними спайк-хвилями під час повільнохвильового сну;
- набута епілептична афазія (синдром Ландау — Клеффнера).

**3.2. Без чітких ознак генералізованості або фокальності (G 40.9).**

**4. Спеціальні синдроми**

**4.1. Ситуаційно-обумовлені напади (G 40.5):**

- фебрильні напади;
- судоми, які виникають при гострих метаболічних порушеннях.

**4.2. Ізольовані напади (G 40.6, G 40.7). Епілептичний статус (G 41).**

При ідіопатичних (спадкових) формах епілепсії успадковується не хвороба, а схильність до нападів, або судомна реактивність. Такі форми зазвичай розпочинаються в дитячому або ранньому юнацькому віці. Характерними є генералізовані напади (судомні або безсудомні). В неврологічному статусі органічної неврологічної симптоматики немає, інтелект не змінений. Під час додаткових інструментальних обстежень (ЕЕГ і МРТ) також не виявляють вогнищевих змін. Вірогідність народження хворої дитини у разі ідіопатичної епілепсії в одного із батьків не перевищує 7—10 %.

Симптоматичні форми епілепсії є наслідком органічного ураження головного мозку, яке виникає під дією одного з таких чинників:

- I. Перинатального періоду — гіпоксія плода і новонародженого, кортикальна дисплазія, вади розвитку головного мозку, пологова травма, токсемія вагітних, інфекційні захворювання плода та новонародженого.

- II. Постнатального періоду — черепно-мозкова травма, нейроінфекції, нейроінтоксикації, артеріовенозні мальформації, перенесені інсульти, гліоз мозку.
- III. У похилому віці — найчастіше цереброваскулярна патологія головного мозку. Для симптоматичної епілепсії більш характерні парціальні напади.

Симптоматичні форми епілепсії характеризуються наявністю парціальних нападів, у неврологічному статусі виявляється органічна неврологічна симптоматика та зазвичай спостерігають інтелектуальні розлади. Під час додаткових інструментальних досліджень (ЕЕГ і МРТ головного мозку) також реєструють вогнищеві зміни.

### Патогенез епілепсії

В основі виникнення епілептичних нападів лежить спонтанна локальна або генералізована нестабільність мембран кіркових нейронів, яка пов'язана з успадкованими або вторинно-набутими особливостями метаболічних процесів. Вважають, що в основі ідіопатичних (спадкових) форм епілепсії лежить генетично зумовлена каналопатія ( $\text{Na}^+$  та  $\text{K}^+$ ) з дифузною мембранною нестабільністю, що створює передумови для розвитку гіперсинхронних розрядів та формування епілептичного вогнища. Епілептичне вогнище — це патологічна нейронна система, яка здатна до спонтанного періодичного самозбудження і мало залежить від зовнішніх умов. Епілептичний напад — це раптове виникнення судом, рухових, сенсорних, вегетативно-вісцеральних або психічних розладів, які виникають унаслідок надмірного гіперсинхронного розряду в нейронних системах головного мозку. Однак наявності епілептичного вогнища ще недостатньо для розвитку епілепсії. Необхідні його активація і поширення епілептичної активності за його межі, тобто формування епілептичної системи. Цьому запобігають захисні механізми мозку (антиепілептична система). Антиепілептична система активізується епілептичним вогнищем за механізмом негативного зворотного зв'язку і запобігає поширенню епілептичної активності. До антиепілептичної системи входять хвостате ядро, мозочок, бічне ядро гіпоталамуса, сітчасте ядро покриву мосту.

Виділяють парціальні та генералізовані епілептичні напади. Останні супроводжуються повним порушенням свідомості з подальшою амнезією, а для фокальних (парціальних) нападів характерним є збереження свідомості або лише її часткове порушення.

Ознакою первинно-генералізованих нападів є первинна повна втрата свідомості. На електроенцефалограмі немає епілептичного вогнища, вогнищевих змін на МРТ головного мозку не реєструють. Після нападу виникає ретроградна амнезія. У відповідь на поширення збудження з первинного вог-

нища виникають вторинно-генералізовані напади, які розпочинаються з парціального нападу на тлі збереженої свідомості з подальшою втратою свідомості та розвитком класичного генералізованого нападу внаслідок генералізації епілептичного збудження в корі головного мозку.

### Типи епілептичних нападів згідно з класифікацією Міжнародної протиепілептичної ліги (1981) (скорочений варіант)

1. Парціальні (фокальні, локальні) напади — виникають унаслідок збудження епілептичного вогнища, тому на електроенцефалограмі реєструють вогнищеві зміни у вигляді характерних «пик-повільних» хвиль, свідомість у разі простих парціальних нападів збережена або змінена, але ніколи не виникає первинної повної втрати свідомості, а клінічні вияви залежать від локалізації вогнища.
  - 1.1. Прості парціальні напади.
    - 1.1.1. Рухові напади: фокальні (джексонівські), адверсивні, постуральні, фонаторні.
    - 1.1.2. Сенсорні напади: соматосенсорні, зорові, слухові, нюхові, смакові, вестибулярні.
    - 1.1.3. Напади з вегетативними симптомами.
    - 1.1.4. Напади з психічними феноменами (дисмнестичні, дисфазичні, когнітивні, афективні та ін.).
  - 1.2. Складні парціальні напади.
    - 1.2.1. Початок без порушення свідомості.
    - 1.2.2. Початок із порушенням свідомості.
  - 1.3. Парціальні напади з вторинною генералізацією.
2. Генералізовані напади — результат раптового дифузного охоплення головного мозку епілептичним збудженням унаслідок патологічної активації центральних структур мозку, особливо таламо-кортикальної системи, що призводить до миттєвої втрати свідомості. Епілептичних вогнищ та вогнищевих змін на електроенцефалограмі немає.
  - 2.1. Абсанси.
    - 2.1.1. Прості абсанси.
    - 2.1.2. Складні абсанси:
      - з клонічним компонентом;
      - з атонічним компонентом;
      - з тонічним компонентом;
      - з автоматизмом;
      - з вегетативним компонентом.
  - 2.3. Міоклонічні напади.
  - 2.4. Клонічні напади.
  - 2.5. Тонічні напади.
  - 2.6. Тоніко-клонічні напади.
  - 2.7. Атонічні (астатичні) напади.
3. Некласифіковані напади. Особливою формою нападів є епілептичний

статус — фіксований епілептичний стан. Кожний наступний напад виникає ще до виходу хворого з минулого нападу. Між нападами свідомість повністю не відновлюється. Виділяють судомний епістатус, статус абсансів, статус складних парціальних нападів. Найбільшу загрозу для життя становить статус судомних нападів. Виникнення епілептичного статусу може спровокувати низка чинників (раптове припинення прийому антиепілептичних препаратів, абстинентний синдром, депривація сну та ін.). Розвиток епілептичного статусу потребує госпіталізації пацієнта до відділення інтенсивної терапії та реанімації.

### Діагностика

Правильний діагноз є обов'язковим для терапевтичних, прогностичних і генетичних цілей. Він ґрунтується на зібраному анамнезі, результатах методологічно правильно проведеної ЕЕГ і, що дуже важливо, на досвіді лікаря. Неправильно встановлений діагноз трапляється у 18—30 % випадків, що призводить до неадекватної терапії, тривалих негативних наслідків такого лікування і стигматизації хворих. Якщо діагноз (синдром) встановлено правильно, то можна уникнути неправильно призначення препаратів, їх небажаної побічної дії, необов'язкових додаткових обстежень, які дорого коштують.

Основним методом дослідження при епілепсії є ЕЕГ. Метод ґрунтується на реєстрації електричних потенціалів головного мозку.

Вияви епілептичної активності на ЕЕГ — це пік, або спайк, високоамплітудні гострі хвилі, комплекси пік—повільна хвиля (рисунки). Сучасним доповненням ЕЕГ є спектрально-компресійний аналіз, картування біоелектричної активності го-



**Рисунки.** Комплекси пік—повільна хвиля на ЕЕГ пацієнта під час генералізованого епілептичного нападу

ловного мозку і метод тривимірного визначення локалізації епілептичної активності. Також використовують відеомоніторування ЕЕГ, яке дає змогу одночасно реєструвати поведінку хворого і ЕЕГ його головного мозку. На сьогодні золотим стандартом у виявленні епілептичних вогнищ вважають комбінацію ЕЕГ з функціональною МРТ (фМРТ). Цікаво, що під час появи комплексів пік—повільна хвиля на ЕЕГ знижується перфузія цієї ділянки головного мозку (дані фМРТ). Для визначення епілептичних зон використовують МР-спектроскопічне дослідження, магнітоенцефалографію та позитронно-емісійну томографію (ПЕТ). З метою проведення диференційної діагностики застосовують МРТ головного мозку. Проводять вірусологічне дослідження ліквору.

Обов'язкові діагностичні процедури у пацієнтів з першим епілептичним нападом (Pohlmann-Eden і співавт., 2006):

- загальноклінічне обстеження;
- оцінка симптомів нападу;
- рутинні лабораторні тести;
- дослідження спинномозкової рідини;
- аналіз прийому препаратів;
- раннє проведення ЕКГ-дослідження, якщо можливо, то протягом перших 24 год;
- проведення ЕЕГ (не під час сну) — впродовж 1 тиж;
- проведення МРТ з високою роздільною здатністю.

ЕЕГ-обстеження має відповідати стандартам, розробленим ILAE:

- не менш ніж 12 каналів запису одночасно;
- розташування електродів за системою «10—20%»;
- наявність інших каналів для моніторингу ЕКГ, дихання, міограми, руху очей;
- аналіз не менш ніж 20 хв якісного запису фонові ЕЕГ;
- можливість проведення функціональних навантажень — звукової стимуляції, фотостимуляції, гіпервентиляції з подальшою реєстрацією ЕЕГ.

### Лікування

Лікування епілепсії розпочинають лише після встановлення діагнозу та проведення диференційного діагнозу.

ILAE рекомендує обирати антиепілептичні препарати з урахуванням типу нападу і форми епілепсії та з позицій доказової медицини. Відповідно до рекомендацій ILAE (2001—2004) слід застосовувати такі препарати:

1. Локалізаційно-обумовлені (фокальні, парціальні) епілепсії і синдроми G 40, G 40.1, G 40.2:
  - монотерапія: карбамазепіни або топірамат, вальпроати, бензодіазепіни, ламотриджин (рівень доказів А);
  - комбінована терапія: препарати першої лінії, а також габапентин, фенобарбітал, фенітоїн, окскарбазепін (рівень доказів В і С).

## 2. Генералізовані епілепсії і синдроми G 40.3:

## 2.1. Ідіопатичні

## 2.1.1. Абсансні форми:

- перша лінія: сукциніміді або вальпроати (рівень доказів А);
- друга лінія: ламотриджин (рівень доказів В).

## 2.1.2. Міоклонічні форми:

- перша лінія: вальпроати, топірамат (рівень доказів В);
- друга лінія: ламотриджин (рівень доказів В).

## 2.1.3. Епілепсія з генералізованими тоніко-клонічними нападами:

- перша лінія: вальпроати або топірамат, карбамазепіни (рівень доказів В);
- друга лінія: ламотриджин (рівень доказів В), фенітоїн (рівень доказів С).

## 2.3. Криптогенні чи симптоматичні (дитячі енцефалопатичні форми)

## 2.3.1. Рання міоклонічна енцефалопатія:

- адренкортикотропний гормон або Синактен депо, стероїди, нітразепам, бензодіазепіни, вальпроати, фенобарбітал.

## 2.3.2. Синдром Веста:

- вігабатрин або адренкортикотропний гормон, Синактен депо, стероїди, нітра-

зепам, топірамат, ламотриджин, вальпроати, карбамазепіни, бензодіазепіни.

## 2.3.3. Синдром Леннокса — Гасто:

- вальпроати або топірамат, ламотриджин, фелбамат, карбамазепіни, стероїди.

## 2.3.4. Тяжка міоклонічна епілепсія (синдром Драве):

- вальпроати або топірамат (карбамазепіни, ламотриджин протипоказані).

У рідкісних резистентних до терапії випадках застосовують нейрохірургічну корекцію. Крім того, всі пацієнти потребують соціально-психологічної реабілітації.

Особливість лікування епілепсії — обов'язкова безперервність. Тривалість лікування має бути від 2—3 років при доброякісних формах епілепсії до 5—10 років — при злоякісних. Протиепілептичні препарати необхідно приймати щоденно, не повинно бути пропусків у їх прийомі. Передчасна відміна препаратів може спричинити розвиток тяжких і тривалих судом, інколи з розвитком епілептичного статусу. Поступове зменшення дози протиепілептичних препаратів можливе виключно під контролем лікаря та з проведенням ЕЕГ-моніторингу.

## Література

1. Броди М. Течение и рациональная терапия эпилепсии // *Международ. неврол. журн.*— 2005.— № 4.— С. 72—83.
2. Булахова Л.О. Епілепсія і судомні стани у дітей // *Медицина дитинства: Навчальний посібник для інтернів медичних вузів і курсантів інститутів (факультетів) удосконалення лікарів / За ред. П.С. Мошчица.*— К.: Здоров'я, 1994.— Т. 2.— С. 723—734.
3. Бурчинский С.Г. Ламиктал: новые перспективы применения в психиатрической практике // *Арх. психиатр.*— 2005.— Т. 11, № 1.— С. 170—173.
4. Гехт А.Б. Эпидемиология и фармакоэкономические аспекты эпилепсии // *Журн. неврол. психиатр.*— 2005.— Т. 105, № 8.— С. 63—68.
5. Громов С.А. О некоторых медико-социальных аспектах лечения эпилепсии препаратами нового поколения с учетом их стоимости // *Журн. неврол. психиатр.*— 2001.— Т. 101, № 8.— С. 59—61.
6. Дзяк Л.А., Зенков Л.Р., Кириченко А.Г. Эпилепсия.— К.: Книгплюс, 2001.— 168 с.
7. Диагностика и лечение эпилепсий у детей / Под ред. П.А. Темина, М.Ю. Никаноровой.— М.: Можайск-Терра, 1997.— 656 с.
8. Евтушенко С.К., Омельяненко А.А. Клиническая электроэнцефалография у детей.— Донецк: Донеччина, 2005.— 850 с.
9. Карлов В.А. III Европейский конгресс по эпилептологии // *Неврол. журн.*— 1999.— № 1.— С. 56—61.
10. Карлов В.А. Стратегия и тактика терапии эпилепсии сегодня // *Журн. неврол. психиатр.*— 2004.— Т. 104, № 8.— С. 28—34.
11. Протокол лікування епілепсії, епілептичних синдромів. Шифр (G 40). Затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.07.2005 № № 350 // *Международ. неврол. журн.*— 2007.— 3 (13).— Р. 24—26.
12. Эпилептология детского возраста: Руководство для врачей / Под ред. А.С. Петрухина, К.Ю. Мухина.— М.: Медицина, 2000.— 620 с.
13. Motte J., Trevathan E., Arvidsson J.F. et al. Lamotrigine for generalized seizures associated with the Lennox — Gastaut syndrome. *Lamictal Lennox — Gastaut Study Group // N. Engl. J. Med.*— 1997.— Vol. 337.— P. 1807—1812.
14. Sander J.W.A.S., Shorvon S.D. Epidemiology of the epilepsies // *J. Neurol., Neurosurg., Psychiatr.*— 1996.— Vol. 61.— P. 433—443.
15. Stefan H., Halasz R., Gil-Nagel A. et al. Recent advances in the diagnosis and treatment of epilepsy // *Eur. J. Neurol.*— 2001.— Vol. 8.— P. 519—539.
16. Walden J., Hesslinger B. Value of old and new anticonvulsants in treatment of psychiatric diseases // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.*— 1995.— Vol. 63.— P. 320—335.

В.С. МЕЛЬНИК

## Эпилепсия и эпилептические синдромы

Эпилепсия — это хроническое заболевание головного мозга, основным признаком которого являются повторные спонтанные неспровоцированные эпилептические приступы в виде внезапного возникновения одного из приведенных симптомов: судорог, сенсорных или психических расстройств, которые становятся следствием чрезмерного гиперсинхронного разряда корковых нейронов. Согласно Международной классификации эпилепсий и эпилептических синдромов выделяют локализационно-предопределенные (фокальные, парциальные) эпилепсии и синдромы, генерализованные эпилепсии и синдромы, эпилепсии и синдромы, которые имеют признаки фокальных и генерализованных, и специальные синдромы. В основе возникновения эпилептических приступов лежит спонтанная локальная или генерализованная нестабильность мембран корковых нейронов, связанная с унаследованными или вторично-приобретенными особенностями метаболических процессов. Лечение эпилепсии начинается лишь после установления диагноза и проведения дифференциального диагноза. Согласно рекомендациям Международной противоэпилептической лиги выбор антиэпилептических препаратов проводится в соответствии с типом нападения и формы эпилепсии и с позиций доказательной медицины.

**Ключевые слова:** эпилепсия, эпилептические синдромы, эпилептические приступы.

V.S. MELNYK

## Epilepsy and epileptic syndromes

Epilepsy is a brain chronic disorder the main feature of which is recurrent spontaneous unprovoked epileptic attacks. These attacks are in the form of seizures, sensor or mental disorders due to excessive hypersynchronous cortical neurons stimulation. According to international epilepsy classification the following types of epilepsy are singled out: by the location (focal and partial) epilepsy and syndromes, generalized epilepsy and syndromes, epilepsy and syndromes with both focal and generalized types, special syndromes. The main cause of epileptic attacks is spontaneous local or generalized instability of cortical neurons membranes connected with inherited or secondary acquired features of metabolism. The epilepsy treatment begins only after the differential diagnostics. According to ILAE recommendations the choice of anti epileptic medications should be based on epilepsy form and type, also medication administration should be evidenced.

**Key words:** epilepsy, epileptic syndromes, epileptic attacks.