



ЦЕНТР
ІНІЦІАТИВ ПЖ



ПРО ЕПІЛЕПСІЮ І НЕ ТІЛЬКИ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Центр ініціатив ПЖ
Київ, 2025

Вступ

Ми створили цей посібник, щоб просто і чесно поговорити про епілепсію. Розвіяти страхи, міфи та стигму, які роками оточують це захворювання, і замінити їх фактами та зрозумілими поясненнями. Під час війни значно зросла кількість людей із посттравматичною епілепсією після різноманітних травм головного мозку. Водночас дедалі частіше трапляються психогенні неепілептичні напади — стани, які зовні можуть виглядати як епілепсія, але мають іншу природу й часто пов'язані з пережитою травмою та посттравматичним стресовим розладом. Коли ці стани плутають, люди роками не отримують правильної допомоги.

Ми написали цей посібник для пацієнтів, їхніх родин і всіх, хто хоче дізнатись про епілепсію більше. Без складної термінології, але з повагою до науки. Просто, відкрито і по суті, чому це важливо і які існують можливості лікування — як у час війни, так і в мирному житті.

Авторський колектив

Посібник підготовлений в рамках проєкту «Програма підготовки асистентів з персонального догляду» Центру ініціатив «Повернись живим».

Інформація є коректною та актуальною станом на 2026 рік.

Центр ініціатив ПЖ не несе відповідальності за наслідки використання цієї інформації з будь-якою метою або в будь-якому контексті.

Поширення повного тексту або його уривків без дозволу Центру ініціатив ПЖ заборонене.

Створено на основі матеріалів команди епілептологів The Hospital for Sick Children (Торонто, Канада) та матеріалів ресурсного центру з питань епілепсії AboutKidsHealth за адресою aboutkidshealth.ca/Epilepsy.

Медичні редактори: Марія Павлюк - лікар невролог, епілептолог, нейрофізіолог.

Ольга Тичківська - лікар невролог, епілептолог, нейрофізіолог.

Дизайн та верстка: Влада Мельничук

Редактор: Тетяна Порхун

Авторські права: © Центр ініціатив ПЖ (ГО «Повернись живим!»), тел. +38 (068) 500-88-00,

Email media@cbacenter.ngo

Міфи про епілепсію

Міф 1. Епілепсія – це психічне захворювання.

Факт. Ні, епілепсія – це фізіологічний розлад, який не має нічого спільного з психічним здоров'ям або інтелектом.

Міф 2. Епілепсія може виникати через стрес.

Факт. Неправда. Стрес може спричинити загострення епілептичних нападів, проте стрес не є причиною виникнення епілепсії.

Міф 3. Якщо покласти ложку до рота людині під час нападу, вона не зможе проковтнути язика.

Факт. Ні, неможливо проковтнути язика під час епілептичного нападу. Якщо покласти щось людині до рота, можна зламати їй зуб або пошкодити ясна. Це також може призвести до того, що язик заблокує доступ повітря і ускладнить дихання. Якщо повернути людину на бік, то язик не буде западати та не перекриє дихальні шляхи.

Міф 4. Напад можна зупинити, якщо обмежити людині рухи тіла.

Факт. Неправда. Ніколи нікого не зв'язуйте під час нападу, не намагайтеся силою зігнути чи розігнути кінцівки, бо так можна зробити людині боляче, травмувати. Перемістіть людину подалі від гострих предметів або твердих поверхонь та поверніть людину на бік.

Міф 5. Судомний напад – це прояв саме епілепсії.

Факт. Гострі симптоматичні судоми можуть виникати як тимчасова реакція мозку на іншу проблему: травму голови, інфекцію, високу температуру, отруєння, різке порушення рівня глюкози чи електролітів, алкогольну інтоксикацію або скасування препаратів.

Якщо причина усунена, напади можуть більше не повторюватися, і людина не має діагнозу "епілепсія".

Що таке епілепсія?

Епілепсія – це хронічне неінфекційне захворювання головного мозку, яке може вражати людей будь-якого віку. Проявляється неспровокованими судомними (епілептичними нападами), коли активність головного мозку стає хаотичною через надмірну активність його нейронів.

Захворювання порушує генерацію та передачу електричних імпульсів у мозку. У нормальному стані мозок надсилає електричні сигнали по всьому тілу, щоб контролювати рухи, чутливість, мовлення та інші функції. При епілепсії мозок періодично створює бурю електричних розрядів, так званий судомний напад, що спотворює ці сигнали і, відповідно, може проявлятися зміною рухової активності (моторні судоми), чутливості, мовлення, поведінки, а також дихання, серцебиття (немоторні судоми).

Які причини виникнення епілепсії?

У мирний час причини епілепсії різноманітні, але під час війни домінує посттравматична епілепсія, пов'язана з ушкодженням головного мозку внаслідок бойових і пов'язаних із війною травм.

Посттравматична епілепсія — провідна причина виникнення епілепсії під час війни.

У воєнний час найчастішою причиною епілепсії є ушкодження головного мозку, зокрема черепно-мозкові травми, наслідки мінно-вибухових та проникаючих поранень головного мозку, особливо із залишками металу у головному мозку, інсульту та внутрішньочерепні крововиливи.

Інфекційні ураження центральної нервової системи

Менінгіт, енцефаліт та інші інфекції з ураженням головного мозку можуть призводити до формування епілепсії. На жаль, вони є також часто причиною епілепсії у час війни через високий рівень інфекції.

Метаболічні порушення

Епілептичні напади можуть бути пов'язані з низьким рівнем глюкози та інших електролітів, що можуть виникати через масивну кровотрату та/або тривалу нестачу кисню (гіпоксію), порушення обміну речовин (вроджені або набуті).

Токсичні чинники

Отруєння алкоголем, наркотиками або іншими токсичними речовинами можуть викликати епілептичні напади.

Перинатальні та внутрішньоутробні ураження мозку

До цієї групи належать вроджені вади розвитку головного мозку, недостатність кисню у плода під час пологів, пологова травма, а також інфекційні чи хронічні захворювання у матері, що впливають на розвиток мозку плода.

Генетичні причини

Деякі форми епілепсії зумовлені генетичними мутаціями, які можуть проявлятися в дитячому або дорослому віці.

Що може спровокувати епілептичні напади?

Певні події та фактори навколишнього середовища або фізичні причини можуть спровокувати напад – тригери (провокуючі фактори, ситуації), яких можна уникнути:

- Пропуск навіть однієї дози протиепілептичних препаратів може спричинити напад. Раптове припинення прийому ліків без консультації з лікарем може бути дуже небезпечним.
- Недосипання. Режим сну пов'язаний з електроактивністю мозку, тому недостатність сну може спровокувати, посилити або подовжити тривалість судомних нападів.
- Зловживання наркотиками чи алкоголем, кофеїном, безрецептурними препаратами. В поєднанні з протисудомними препаратами звичайні інгредієнти ліків від застуди, від алергії, дієтичні та снодійні засоби можуть також викликати напади.
- Недостатнє харчування. Дуже низький рівень у крові натрію, цукру, кальцію або магнію може знизити судомний поріг, а, відповідно, підвищити ризик виникнення судом.
- Миготливе світло та дуже швидка зміна патернів перед очима (у повсякденному житті таке трапляється, наприклад, при миготінні сонця поміж дерев, блимання світла фар, особливо вночі).



Основні різновиди епілептичних нападів

1. Генералізовані епілептичні напади

Під час генералізованих нападів патологічна електрична активність охоплює весь або майже весь мозок, тому людина завжди повністю непритомніє.

Генералізований тоніко-клонічний напад; за класифікацією – генералізований / моторний / з втратою свідомості. Це саме той тип нападу, який більшість людей уявляє, коли чує слово «епілепсія».

Як виглядає:

- раптова втрата свідомості;
- різке напруження м'язів (тонічна фаза);
- ритмічні, симетричні або асиметричні посмикування рук і ніг (клонічна фаза);
- можливе мимовільне сечовипускання;
- після нападу — виражена втома, сонливість, дезорієнтація.

Абсанс; за класифікацією - генералізований / немоторний / з повною втратою свідомості.

Абсанси — це короткі епізоди «завмирання», які частіше виникають у дітей.

Як виглядає:

- людина на кілька секунд перестає реагувати на звертання, а після нападу не пам'ятає, що він був. Через відсутність судом абсанси легко пропустити, проте вони зазвичай добре піддаються лікуванню.

Атонічний напад; за класифікацією - генералізований / моторний / з повною втратою свідомості.

Атонічні напади проявляються раптовою втратою м'язового тону.

Як виглядає:

- людина може несподівано, без явної на це причини, впасти, ніби тіло на мить «вимикається». Ці напади часто призводять до травм і складніше піддаються медикаментозному лікуванню.

Важливо!

Під час генералізованих нападів людина повністю непритомніє. Це ключова відмінність від інших типів нападів.

2. Вогнищеві (фокальні) епілептичні напади

Вогнищеві напади виникають тоді, коли патологічні електричні розряди формуються в конкретній ділянці мозку, тобто у якійсь частині мозку є епілептичний фокус, який постійно провокує епілептичні напади.

Залежно від ділянки мозку, в якій починається напад, він матиме свої симптоми.

Важливо знати, якщо напад виникає у правій півкулі мозку, симптоми з'являються в лівій половині тіла, оскільки півкулі мозку керують протилежними сторонами тіла.

Свідомість при вогнищевих нападах може зберігатися або бути частково порушеною. Людина може не могла говорити, проте розуміти, що відбувається, може також і розмовляти чи відповідати на запитання, але повільно, з помилками або неадекватно.

Клінічні ознаки нападу можуть бути як **моторними**, тобто супроводжуються різними спотвореними рухами під час нападу, так і **немоторними** — напад у вигляді «завмирання», зміни чутливості, емоцій.

Як виглядає:

- повертання голови або очей в один бік;
- посмикування або напруження однієї руки, ноги чи половини обличчя;
- повторювані рухи ротом (цмакання, ковтання) або стереотипні дії (т. зв. автоматизми, наприклад, перебирання пальцями тканини на одязі, хода по колу тощо);
- раптові відчуття страху, «дежавю», нудота;
- зорові, слухові або нюхові відчуття без зовнішнього подразника.

Міоклонічні, тонічні та клонічні напади можуть бути як генералізованими так і фокальними.

Міоклонічні напади — це раптові, короткі, мимовільні посмикування окремих м'язів або груп м'язів (наприклад, м'язів обличчя або рук; іноді людина може випустити з рук предмети).

Тонічні напади - напади, при яких спостерігається напруження м'язів та/або вимушене положення однієї кінцівки, правих чи лівих кінцівок, половини обличчя (фокальні) чи симетричне напруження всіх м'язів (генералізовані). М'язи кам'яніють, і людина не може поворухнути ні рукою, ні ногою.

До цього часто можуть приєднуватися м'язи верхніх дихальних шляхів, що призводить до порушення / зупинки дихання. Якщо людина в цей час стоїть, є висока ймовірність падіння на землю. Такий напад зазвичай триває менше однієї хвилини.

Клонічні напади — напади, при яких спостерігається ритмічне посіпування частин тіла, половини обличчя, навколоочних чи навколоротових м'язів (фокальні клонічні) або одночасне ритмічне посіпування усіх кінцівок, тулуба (генералізовані).

3. Вогнищеві напади з переходом у білатеральні тоніко-клонічні –

напади, що починаються як вогнищеві в одній ділянці мозку, але швидко охоплюють увесь мозок.

На початку можуть з'являтися короткі ознаки: поворот голови, перекіс обличчя, автоматичні рухи. За кілька десятків секунд розвивається повноцінний тоніко-клонічний напад.

Багато нападів, які виглядають генералізованими з самого початку, насправді мають вогнищевий початок, який легко не помітити.

Чому важливо знати тип нападів

Від типу нападів залежить вибір протисудомних препаратів. Ліки, ефективні при одному типі нападів, можуть бути неефективними або шкідливими при іншому. При вогнищевих нападах після додаткових обстежень у деяких випадках можливе проведення хірургічного лікування епілепсії.

При детальному описі нападу чи перегляду відео нападу можна з великою точністю відрізнити чи цей напад є епілептичним, чи ні.

Часто, будь-який незрозумілий напад розцінюють як епілептичний, проте є багато станів, які потрібно відрізнити від епілептичних нападів:

- запаморочення,
- непритомність,
- псевдосудомні напади (психогенні неепілептичні напади),
- панічні атаки (викликані тривогою),
- епізоди глибокого частого дихання (т. зв. епізоди гіпервентиляції), що виникають на фоні стресових ситуацій,
- неспровоковані спалахи гніву, агресії,
- сноходіння (лунатизм) або нічні жахи,

- епізоди частих нічних пробуджень, що також можуть супроводжуватися постійним відчуття втоми, сонливості вдень,
- тики,
- інші рухові розлади,
- епізоди гіпоглікемії (низького рівня цукру в крові).

Психогенні неепілептичні напади (ПНЕН)

Що це таке?

Психогенні неепілептичні напади — це стани, які зовні можуть виглядати як епілептичний напад, але насправді не пов'язані з епілептичною активністю мозку. Їхня причина — психічна травма або сильний стрес.

Наскільки часто вони трапляються у військових?

У військовому середовищі психогенні неепілептичні напади трапляються досить часто. Серед військовослужбовців з нападами, у яких не підтверджено епілепсію, приблизно у 20–30% випадків йдеться саме про ПНЕН.

ПНЕН часто пов'язані з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), депресією або тривожними розладами. Напад може бути реакцією на спогади, звуки, запахи або ситуації, які нагадують бойовий досвід.

Чому важливо правильно поставити діагноз?

Розрізнення епілептичних нападів і ПНЕН має велике значення:

- ПНЕН не лікуються протисудомними препаратами.
- Неправильне лікування може не допомагати або навіть погіршувати стан.
- Основою допомоги при ПНЕН є робота з психологом або психотерапевтом та лікування ПТСР.
- Правильний діагноз допомагає людині зрозуміти свій стан і зменшує страх та стигматизацію.



Про щоденник судомних нападів

Спостереження за типами нападів, які виникають у людини з епілепсією, є важливим для встановлення та уточнення діагнозу.

Для цього лікарі рекомендують вести щоденник нападів, у якому варто записувати таку інформацію:

- час доби, коли стався напад,
- що робила людина перед судомним нападом,
- чи була вона хворою, втомленою або у стресовому стані,
- чи приймає вона якісь ліки і чи не передував напад пропуск прийому ліків чи прийняття некоректної дози,
- чи є передвісники нападу (аура) – відчуття чи інші прояви, які трапляються щоразу чи майже щоразу перед початком нападу,
- як почався напад,
- чи були в людини якісь тривожні ознаки,
- як виглядали її рухи (якщо такі були) під час нападу,
- чи були ці рухи односторонні,
- чи поверталась голова та/або очі в якусь сторону або завертались нагору під час нападу,
- чи могла людина розмовляти та відповідати на питання під час нападу,
- чи вимовляла якісь звуки,
- як довго тривав напад,
- чи була людина розгублена, втомлена або відчувала біль після нападу,
- чи могла вона нормально говорити після нападу.

Найкраще якщо вдасться записати напад на відео.

Якщо у людини є різні типи нападів – перелічіть їх:

Як це виглядає? (Тип 1)

Як це виглядає? (Тип 2)

Як це виглядає? (Тип 3)

Якщо ви вважаєте, що у вас епілепсія, візьміть на консультацію до лікаря наступне:

- Щоденник нападів. Детальний опис ваших нападів: як і коли вони почалися; як довго тривають; як часто відбуваються; наскільки інтенсивні; що їх провокує; що ви відчуваєте до і під час нападу; чи є у вас передвісники (аура) нападів.
- Ваш анамнез (історія захворювань: будь-які проблеми при народженні, інфекційні захворювання, хронічні захворювання, травми голови).
- Сімейний анамнез (чи мав хтось із родини судомний синдром, епілепсію або будь-який психічний розлад).
- Додаткові методи досліджень – найважливіше «хвилі ЕЕГ» та диск / флешка МРТ / КТ.
- Чи був досвід вживання наркотичних речовин.
- Ваш режим сну і чи є проблеми зі сном.

Діагностика епілепсії

Для встановлення діагнозу епілепсії перш за все важливо зіставити та оцінити клінічну картину (типів судомних нападів) та дані додаткових методів обстежень. Одними з найважливіших є електроенцефалографія та нейровізуалізація.

Інші тести та дослідження (МРТ головного мозку, генетичні дослідження, метаболічні скринінги, ПЕТ КТ тощо) проводяться для того, щоб допомогти визначити причину захворювання. Однак слід враховувати, що іноді визначити причину неможливо.

Що таке електроенцефалографія (ЕЕГ)?

Електроенцефалографія або електроенцефалограма (ЕЕГ) — це обстеження, яке використовується для виявлення порушень електричної активності головного мозку. Клітини мозку (нейрони) спілкуються між собою за допомогою електричних сигналів. Під час проведення ЕЕГ на шкіру голови накладають електроди, які реєструють та записують характерні патерни цієї електричної активності з метою виявлення відхилень.

Рутинне ЕЕГ обстеження проводиться близько 30 хвилин у спеціально обладнаному приміщенні, яке зазвичай розташоване в лікарні. Рутинне ЕЕГ обстеження

проводиться близько 30 хвилин у спеціально обладнаному приміщенні, яке зазвичай розташоване в лікарні. На початку дослідження ви лежатимете на спині на кушетці або сидітимете у відкидному кріслі. Технік закріплює від 16 до 25 плоских металевих дисків (електродів) у різних ділянках шкіри голови. Електроди фіксуються за допомогою спеціальної пасти та з'єднуються дротами з реєструвальним пристроєм та апаратом ЕЕГ. Дослідження неінвазивне і зазвичай не викликає дискомфорту.

Під час дослідження реєструвальний апарат перетворює електричні сигнали на серію хвилеподібних ліній, які відображаються на комп'ютері. Важливо лежати нерухомо із заплющеними очима, оскільки будь-які рухи можуть вплинути на результати. У процесі запису вас можуть попросити виконати певні дії, наприклад, глибоко дихати протягом кількох хвилин або дивитися на мерехтливе світло.



Ваш лікар може порекомендувати тимчасово припинити прийом деяких лікарських засобів перед обстеженням. Не змінюйте і не припиняйте прийом медикаментів без попередньої консультації з лікарем.

Перед обстеженням слід уникати вживання продуктів, що містять кофеїн, протягом 8 годин.

Іноді під час обстеження необхідно, щоб пацієнт заснув, оскільки це збільшує шанси «зловити» патологічну активність на ЕЕГ. Для того щоб заснути на обстеженні лікар може попросити скоротити тривалість сну напередодні вночі (ЕЕГ з депривацією сну). Таку можливість слід заздалегідь обговорити з лікарем.

Іншим різновидом ЕЕГ є стаціонарний відео-ЕЕГ-моніторинг, який дозволяє лікарям отримати додаткову інформацію про конкретні типи нападів, які виникають у пацієнта. Чим точніше класифікований тип нападу, тим вищі шанси досягти контролю нападів за допомогою медикаментів.

Відео-ЕЕГ-моніторинг складається з двох частин: запису ЕЕГ, як і під час стандартної ЕЕГ та синхронного запису відео пацієнта, що дозволяє відслідкувати фізичні прояви того чи іншого нападу та проаналізувати електричну активність нейронів головного мозку у цей момент нападу. Оскільки одним з найосновніших завдань такого обстеження є фіксація нападів, які виникають у пацієнта під час запису відео-ЕЕГ, то таке дослідження може тривати від кількох годин до кількох днів,

залежно від частоти нападів. Для пацієнтів із нападами незрозумілого походження відео-ЕЕГ-моніторинг часто допомагає охарактеризувати такі епізоди. Оскільки дані епізоди можуть бути як епілептичними нападами, так і психогенними неепілептичними нападами, синкопальними станами, нападами кардіального походження.

Фіксація епілептичних нападів під час відео-ЕЕГ-моніторингу допомагає локалізувати епілептогенний осередок у мозку, що критично важливо для оцінки можливості хірургічного лікування. Хірургія епілепсії є найбільш успішною тоді, коли лікарям вдається точно визначити ділянку мозку, з якої починаються напади. Тривалий відео-ЕЕГ-моніторинг дозволяє зафіксувати кілька нападів, забезпечуючи максимально повні відео- та ЕЕГ-дані.

ЕЕГ застосовується для:

- допомоги в діагностиці наявності та типу судомних розладів;
- з'ясування причин сплутаності свідомості;
- з'ясування причин періодів втрати свідомості.

НЕ застосовується при:

- болях голови;
- для оцінки ступеня контузії чи інших уражень головного мозку;
- при порушеннях засинання та сну.

Що таке магнітно-резонансна томографія (МРТ)?

Магнітно-резонансна томографія (МРТ) — це неінвазивне обстеження, під час якого за допомогою потужних магнітів створюються зображення внутрішніх структур тіла.

На відміну від звичайної рентгенографії, яка використовує потенційно шкідливе іонізуюче випромінювання (рентгенівські промені), МРТ ґрунтується на магнітних властивостях атомів.



Потужний магніт усередині апарата створює сильне магнітне поле навколо тіла. Атоми водню, що містяться в різних органах людини, вирівнюються відповідно до цього поля. Коли на ці тканини спрямовуються радіохвильові імпульси, атоми водню, на які вплинуло магнітне поле, повертають сигнал. Ці сигнали використовуються для побудови зображень досліджуваної частини тіла.

У випадку епілепсії основним об'єктом дослідження є головний мозок.

МРТ-сканер розміщується у спеціально екранованому приміщенні, щоб уникнути зовнішніх перешкод. Пацієнта просять лягти на вузький стіл, який засувається всередину великої трубоподібної конструкції. Якщо необхідне введення контрастної речовини, встановлюється внутрішньовенний катетер, зазвичай у вену кисті або передпліччя.

Роботою апарата керує рентген-лаборант (технолог), який спостерігає за пацієнтом протягом усього дослідження з сусідньої кімнати. Зазвичай виконують кілька серій зображень, кожна з яких триває від 2 до 15 хвилин. Повне обстеження може тривати до однієї години або й більше.

Зазвичай перед проведенням МРТ не потрібні спеціальні аналізи, дієта чи медикаменти. МРТ можна виконувати одразу після інших методів візуалізації.



Через сильне магнітне поле металеві предмети заборонено проносити в приміщення.

Такі речі, як прикраси, годинники, кредитні картки та слухові апарати, можуть бути пошкоджені й повинні бути зняті перед обстеженням. Знімні зубні протези слід вийняти безпосередньо перед скануванням. Ручки, кишенькові ножі та окуляри можуть перетворитися на небезпечні предмети після ввімкнення магніту й не допускаються в зону сканера.

Оскільки сильне магнітне поле може зміщувати металеві предмети, що знаходяться в тілі людини, то багатьом пацієнтам із посттравматичною епілепсією та наявністю металевих уламків у головному мозку проведення МРТ не показано. **Таким людям для візуалізацій мозку рекомендовано проводити КТ (комп'ютерну томографію).**

Також магніт МРТ може порушувати роботу імплантованих металевих пристроїв, тому пацієнтам із кардіостимуляторами та іншими видами стимуляторів, які не вимикаються МРТ також протипоказана.

Перед дослідженням пацієнт підписує інформовану згоду, підтверджуючи відсутність перелічених протипоказань. Може бути запропонований лікарняний одяг або дозволено залишитися в зручному одязі без металевих елементів.

Під час сканування больових відчуттів немає. Водночас деякі люди можуть відчувати клаустрофобію. Стіл може бути твердим або холодним, тож, за потреби, можна попросити ковдру чи подушку. Під час роботи апарат видає гучні удари та гул, тому пацієнту дають беруші. Людям із вираженою клаустрофобією можуть дати легкий седативний засіб; у такому разі необхідно, щоб хтось допоміг пацієнтові дістатися додому.

Лікар-лаборант спостерігає за пацієнтом протягом усього дослідження і може спілкуватися через інтерком. Деякі МРТ-сканери оснащені телевізорами та спеціальними навушниками, щоб полегшити перебування під час обстеження.

Лікування епілепсії

Є чотири способи лікування епілепсії.

1. Протисудомна медикаментозна терапія.
2. Встановлення певного виду стимулятора для покращення контролю судом: стимулятора блукаючого нерва (англ. VNS - vagus nerve stimulation), глибока мозкова стимуляція (англ. DBS - deep brain stimulation), стимуляція у відповідь (RNS - responsive neurostimulation).
3. Дієтотерапія.
4. Хірургічне втручання.

Лікування епілепсії зазвичай починається з медикаментозної терапії. Хоча є окремі види епілепсії, для яких методом вибору в лікуванні може бути кетогенна дієта.

Важливо обговорити з лікарем:

- протисудомні препарати, які можуть допомогти хворому взяти під контроль судомии;
- схему оптимізації дози протисудомних препаратів;
- побічні ефекти та можливі взаємодії між препаратами, які приймає хворий;
- чи є хірургічне лікування опцією для лікування епілепсії у вашому випадку;

- чи є хірургічне лікування опцією для лікування епілепсії у вашому випадку;
- дієтотерапію при епілепсії (кетогенна дієта: класична, МСТ-дієта, дієта з низьким глікемічним індексом, модифікована дієта Аткинса) та чи показана вона конкретному хворому;
- можливості імплантації одного зі стимуляторів для покращення контролю судом.

Протисудомні препарати (ПСП)

Медикаментозне лікування є найпоширенішим методом лікування епілепсії. Препарати не здатні вилікувати епілепсію, але можуть контролювати напади у понад 70% хворих. Чому тут важливі подробиці?

Тому що вибір препарату залежить від типу нападів і причини епілепсії. Один і той самий препарат може допомагати при одному типі нападів і погіршувати інший. Наприклад, карбамазепін може посилювати міоклонічні напади. Тому *самостійний підбір або заміна препаратів є небезпечними*. Важливо дотримуватись прийому ліків за визначеною лікарем схемою.

Перш ніж призначити протисудомну медикаментозну терапію, лікар розглядає декілька важливих моментів:

- який тип нападів діагностовано,
- як часто вони відбуваються,
- які ліки найкраще підходять, відповідно до віку та ваги хворого,
- які ще ліки приймає хворий,
- які ще є захворювання у пацієнта.

Після підбору відповідних медикаментів лікар визначить кратність прийому та оптимальне дозування, щоб контролювати напади. Зазвичай дозування поступово коригується до тих пір, поки напади не стануть контрольованими.

Люди по-різному реагують на ліки. Якщо у вас є побічні ефекти, лікар може змінити препарати, щоб вони підходили саме вам. Звертайте увагу на те, як ваш організм реагує на лікування. Занотуйте будь-які зміни, навіть якщо вони не пов'язані з прийомом ліків. Будьте чесними зі своїм лікарем – спільними зусиллями ви зможете підібрати те, що підходить саме вам. Приймайте призначене лікування. Найкращий спосіб жити з епілепсією – контролювати напади.



Ви маєте знати і розуміти:

- назви та дозу ПСП, а також графік прийому;
- чому важливо приймати ПСП тільки за призначенням лікаря;
- чому ПСП вводять і скасовують поступово;
- як відбувається титрування (підвищення) дози;
- як відбувається скасування (зниження) дози;
- які можливі побічні ефекти від ПЕП, що приймає людина, які з них найпоширеніші та найскладніші;
- чи можуть побічні ефекти пройти самі по собі;
- що робити, якщо виникли побічні ефекти;
- чи потрібно здавати аналіз крові під час прийому ПЕП;
- що робити, якщо людина пропустила прийом ліків, прийняла забагато або недостатньо таблеток, блює або має діарею;
- які ліки, харчові добавки чи гомеопатичні засоби можуть взаємодіяти з ПСП, що приймає людина;
- як ПСП впливають на інші медичні препарати.

Найпоширеніші побічні ефекти від прийому протисудомних ліків:

- сонливість;
- збільшення або зменшення ваги;
- зниження успішності та/або дефіцит уваги;
- порушення сну;
- запаморочення;
- тремор;
- порушення координації рухів;
- алергічні реакції (наприклад, висип).

Дотримуйтеся режиму прийому ліків – використовуйте таблетницю, щоб нагадувати собі про це. Ніколи не припиняйте приймати ліки раптово – це небезпечно, спочатку проконсультуйтеся з лікарем. Будьте терплячими. Можливо, доведеться спробувати різні препарати, перш ніж знайдеться найдієвіший. Якщо приймаєте будь-які інші медикаменти або добавки, обов'язково запитайте в лікаря, чи сумісні вони з основними ліками. Поцікавтеся побічними ефектами. Завжди вчасно беріть рецепт на ліки.

У людей, які приймають кілька препаратів, ризик виникнення поведінкових та когнітивних побічних ефектів вищий, ніж у тих, хто приймає один препарат. Можливі зниження уваги, сонливість, гіперактивність.

До медикаментозного лікування епілепсії також належить медичний канабіс, який демонструє високу ефективність при деяких формах епілепсії, в тому числі при фармакорезистентній епілепсії, не лише у зменшенні судом, а й у покращенні сну / настрою. У багатьох країнах, і з недавнього часу також в Україні, цей метод вже офіційно дозволений і використовується в лікуванні за медичними показаннями

Що таке фармакорезистентна епілепсія (ФРЕ)?

Якщо два правильно підібрані протисудомні препарати, призначені у адекватних дозах, не дають ефекту, така епілепсія вважається фармакорезистентною, тобто нечутливою до медикаментів.

У такому випадку розглядають інші методи лікування.

Немедикаментозні методи лікування

Хірургічне лікування

Для розуміння, чи допоможе пацієнту з епілепсією операція, важливо пройти передопераційне обстеження, яке передбачає детальний збір історії хвороби, точне визначення типу нападу, фіксація всіх типів нападів, що виникають у пацієнта під час запису відео-ЕЕГ-моніторингу, детальний аналіз даних нейровізуалізації (МРТ / КТ / ПЕТ) та даних нейропсихологічного тестування. Якщо всі ці дані вказують на те, що у мозку є одне епілептогенне вогнище (фокус), то в такому разі можна розглядати хірургічне видалення цього фокуса, якщо він розташований у відносно безпечній для видалення зоні головного мозку.

Це – найефективніший варіант лікування: у таких випадках ефективність може перевищувати 70% і більше.

Паліативне лікування ФРЕ

Іноді повністю усунути напади неможливо, але можна значно зменшити їхню частоту та тяжкість. Таке лікування називається паліативним.

До паліативних методів належать:

Калозотомія

Мозолисте тіло — це структура, яка з'єднує праву та ліву півкулі мозку. Кальозотомія полягає у частковому або повному перерізанні цього з'єднання.

Цей метод є ефективним при так званих дроп-атаках (атонічних нападах) та при генералізованих нападах, оскільки перериває поширення патологічних електричних розрядів між півкулями.

При вогнищевих нападах кальозотомія не показана і навіть може погіршити стан.

VNS-терапія (стимуляція блукаючого нерва)

Це метод, при якому під шкіру встановлюється спеціальний пристрій, що стимулює блукаючий нерв. У відповідь мозок отримує гальмівні сигнали, які допомагають зменшити кількість судом.

Цей метод менш ефективний при дуже коротких нападах (наприклад, епілептичних спазмах), оскільки стимуляція не встигає подіяти.

Кетогенна дієта

Якщо медикаменти та хірургічні методи не підходять або не дали ефекту, може застосовуватись кетогенна дієта. Суть дієти полягає в раптовому зменшенні кількості вуглеводів у раціоні (до 10–30%), оскільки мозок зазвичай використовує глюкозу як основне джерело енергії. Зменшення доступу глюкози та «перемикання» харчування на жири змінює обмін речовин у мозку і може знижувати судомну активність. Кетогенна дієта допомагає краще контролювати напади, може сприяти покращенню когнітивних функцій та має триваліший ефект, ніж деякі препарати, до яких з часом формується толерантність.

Базова перша допомога під час судом

Окрім постійного нагляду за вчасним прийомом препаратів підтримуючої терапії для запобігання судомних нападів, важливо розуміти, як невідкладно допомогти хворому у випадку виникнення судомного нападу:

- Зберігайте спокій і відстежуйте тривалість нападу.
- Приберіть небезпечні предмети.
- Не зв'язуйте хворого, не згинайте / не розгинайте силою кінцівки.
- Не кладіть нічого до рота.
- Залишайтеся поряд із хворим до завершення судомного нападу.
- Зафіксуйте напад у щоденнику.



Базова перша допомога при тоніко-клонічних судомах

- Захистіть голову.
- Слідкуйте за диханням.
- Поверніть хворого на бік.

Телефонуйте 103, якщо...

- Хворий не повертається до свідомості або не відновлюється нормальне дихання після закінчення нападу.
- Напад повторюється без повного відновлення свідомості після попереднього.
- Сплутаність свідомості (дезорієнтація) після нападу триває понад годину.
- Напад стався у воді, і людина могла наковтатися рідини.

Раптова несподівана смерть при епілепсії (РАНСЕП)

Обізнаність – перший крок до запобігання РАНСЕП. Більшість хворих на епілепсію живуть довго й щасливо. Та, на жаль, деякі люди помирають від епілепсії, і не завжди це відбувається зі зрозумілих причин або внаслідок нещасних випадків.

Бувають випадки, коли люди з епілепсією помирають зненацька, без жодних причин. Це називають раптовою несподіваною смертю при епілепсії або РАНСЕП (англ. SUDEP). Щороку у світі помирає 1 на 4500 дітей та 1 на 1000 дорослих від РАНСЕП. У хворих із неконтрольованими нападами, які важко піддаються лікуванню, цей показник може сягати 1 на 100 за рік.

Вважається, що ці дані занижені, оскільки погана обізнаність про синдром раптової смерті призводить до неточної реєстрації цих смертей.

Слід розуміти фактори, що підвищують ризик виникнення РАНСЕП, а це - пропущення доз прийому протисудомних препаратів та часті генералізовані тоніко-клонічні напади.

Які причини РАНСЕП?

Причина раптової смерті невідома. Зазвичай це відбувається вночі або під час сну. Часто, але не завжди, може статися сильний напад перед смертю. Але він не є обов'язковим для діагностики РАНСЕП. Напади можуть впливати на ділянки мозку, що відповідають за дихання і роботу серця. Крім того, дослідники вивчають генетичні зв'язки між нападами та порушеннями серцевого ритму, зокрема, генетичні мутації, які можуть уражати і клітини головного мозку, і кардіоміоцити. Малоімовірно, що одна причина здатна пояснити всі випадки смерті від РАНСЕП.

Що може призвести до РАНСЕП?

Найсильнішим ризик-фактором цього є часті генералізовані тоніко-клонічні (великі) епілептичні напади. Що частіші ці напади, то вища ймовірність раптової смерті. Щоб мінімізувати загрозу, важливо обговорити РАНСЕП із лікарем і пам'ятати, що низький ризик – це не те ж саме, що відсутність ризику. Є речі, які ви можете зробити самостійно.

Як знизити ризики?

Обговоріть із лікарем проблему раптової смерті та страхи, які у вас виникають щодо цього. Добирайте спільно з лікарем таке лікування, яке зведе кількість нападів до мінімуму. Приймайте ліки відповідно до призначень та уникайте ситуацій, що провокують напади (наприклад, недосипання або вживання алкоголю). Це допоможе знизити ризики раптової смерті. Батькам та рідним рекомендують у кімнаті, де спить хворий, встановлювати прилади для моніторингу та сповіщення про те, що відбуваються судоми. Є прилади для моніторингу, які, як годинник, можна надівати на руку і які реагують на зміни частоти серцевих скорочень, на рухову активність і посилають сигнали на телефони рідних про потенційний судомний напад.

Найближче оточення має знати, що у вас епілепсія, і вміти надати першу допомогу під час нападу. Тримайте контакт із людьми, які також хворіють, з ними можна поділитися своїми переживаннями та спитати пораду щодо запобігання РАНСЕП.

Кожна людина з епілепсією повинна знати про РАНСЕП та власні фактори ризику. Це не менш важливо, ніж розуміти небезпеку травм або нещасних випадків.

дків , які можуть трапитися під час нападу. Знання дозволяють приймати обґрунтовані рішення та контролювати своє здоров'я.

Для людей, що живуть з епілепсією

Спробуйте дати відповіді на запропонований перелік запитань. Якщо на всі запитання переважна відповідь «так», то поговоріть зі своїм лікарем.

- Вам сумно чи ви розчаровані?
- Чи відчуваєте ви безсилля та безнадію?
- Ви не щасливі?
- Чи маєте проблеми зі сном (довго спите чи безсоння)?
- Відсутній сексуальний потяг?
- Маєте поганий апетит (переїдання або втрата апетиту)?
- Відчуваєте відсутність енергії і невпевненість?
- Думаєте про самогубство?
- Які причини таких перепадів у настрої?

Довідково-інформаційний центр з питань епілепсії

Цей довідник створено на основі матеріалів команди епілептологів The Hospital for Sick Children (Торонто, Канада) та матеріалів ресурсного центру з питань епілепсії AboutKidsHealth за адресою aboutkidshealth.ca/Epilepsy.

Медичні редактори: Ольга Тичківська, Марія Павлюк

ЕПІЛЕПСІЯ

Кишеньковий довідник для доглядальників 24/7,
ветеранів з бойовими травмами, ЧМТ та ПТСР

(Для використання в медичних закладах, реабілітаційних центрах та вдома)

ЯК КОРИСТУВАТИСЯ ЦИМ ДОВІДНИКОМ

- Цей довідник створений для щоденного користування та надзвичайних ситуацій
- **Він не замінює індивідуальних призначень лікаря**
- Завжди дотримуйтеся персонального плану догляду пацієнта, якщо він відрізняється.



1. Що таке епілепсія:

Епілепсія — це стан, за якого в людини виникають повторні епілептичні напади (судоми) внаслідок порушення електричної активності мозку.

ВАЖЛИВО:

Напади можуть з'явитися через місяці або роки після травми.

Часто пов'язані з:

- черепно-мозковою травмою
- контузією
- вибуховою хвилею
- операціями на мозку

У однієї людини можуть бути епілептичні та неепілептичні напади *одночасно*.

Ризик нападів зростає при:

- недосипанні
- сильному стресі
- болю
- вживанні алкоголю
- пропуску ліків

2. Які напади ви можете спостерігати

А. Генералізовані тоніко-клонічні напади («великі судоми»)

Як виглядають:

- раптове падіння;
- напруження тіла;
- ритмічні судоми рук і ніг;
- втрата свідомості;
- можлива втрата сечі;

Після нападу:

- дезорієнтація;
- сильна втома;
- головний біль;
- страх, агресія (особливо при ПТСР);

В. Фокальні напади (дуже поширені після ЧМТ)

Можливі прояви:

- поведінкові паузи, спрямований погляд «в одну точку»;
- дезорієнтація;
- автоматичні рухи (ритмічні рухи губами, ритмічне прищмокування, рухи руками);
- раптовий страх, паніка, злість;
- людина може поводитися незвично, при цьому не непритомніти;

Часто плутають з:

- панічними атаками;
- ПТСР-флешбеками;
- психозом;
- алкогольним сп'янінням;

С. Короткі епізоди «відключення»

- раптова зупинка діяльності;
- відсутність реакції;
- тривають кілька секунд;
- людина не пам'ятає події.

3. СТАНИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИГЛЯДАТИ ЯК НАПАД, АЛЕ НЕ Є ЕПІЛЕПСІЄЮ

Психогенні неепілептичні напади (ПНЕН)

Дуже поширені серед людей із ПТСР та бойовою травмою.

Характерні ознаки:

- часто тривають довше 5–10 хвилин;
- рухи можуть бути неритмічними;
- очі часто щільно заплющені;
- виникають на тлі емоційного стресу;
- відновлення може бути швидким;

ЦЕ РЕАЛЬНИЙ СТАН, А НЕ СИМУЛЯЦІЯ

Протисудомні препарати НЕ зупиняють ПНЕН

Інші стани:

- порушення сну (нічні жахи, поведінка уві сні);
- синкопе;
- низький рівень цукру;
- алкогольна або медикаментозна абстиненція;
- серцеві порушення.

4. ПЕРША ДОПОМОГА ПІД ЧАС НАПАДІВ СУДОМ**ЩО РОБИТИ:**

- Залишайтеся спокійними
- Зафіксуйте час початку нападу
- Захистіть голову
- Заберіть небезпечні предмети
- За можливості, покладіть на бік
- Будьте поруч до повного відновлення

ЧОГО НЕ МОЖНА РОБИТИ:

- Не стримуйте судоми
- Не кладіть нічого до рота
- Не давайте їжу або воду
- Не трясіть і не кричіть

5. КОЛИ НЕОБХІДНО ВИКЛИКАТИ ШВИДКУ ДОПОМОГУ**Негайно викликайте екстрену допомогу, якщо:**

- напад триває понад 5 хвилин і не має можливості ввести протинападний препарат згідно з планом невідкладної допомоги;
- напад триває понад 5 хвилин і не зупиняється після введення протинападового препарату невідкладної дії;
- напади повторюються без відновлення свідомості;
- це перший напад у житті;
- хворий травмування під час нападу;
- дихання не відновлюється після нападу;
- напад стався у воді.

6. ЛІКИ ДЛЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ТРИВАЛИХ НАПАДАХ

Для кожного хворого зі встановленим діагнозом епілепсії рекомендовано розписати ПЛАН НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ

Опікун повинен чітко знати:

- Назва препарату: _____
- Доза: _____
- Шлях введення: *назальний / букальний / ректальний*
- Коли вводити: _____
- Коли повторити: _____
- Можливі ефекти, в тому числі побічні після введення

Застосовувати дані препарати слід ТІЛЬКИ після навчання і обговорення з лікарем / медичною сестрою

7. ЩОДЕННІ ПРОТИСУДОМНІ ПРЕПАРАТИ

Основні правила:

- НІКОЛИ не припиняти раптово
- Пропуск доз може викликати напад
- Алкоголь значно підвищує ризик судом

Слідкуйте за побічними ефектами:

- Надмірна сонливість
- Зміни настрою
- Депресія або агресія
- Висип на шкірі — ТЕРМІНОВО до лікаря

8. ПІСЛЯНАПАДНИЙ ПЕРІОД (ПОСТІКТАЛЬНИЙ СТАН)

Поширені прояви:

- Сплутаність
- Головний біль
- Страх
- Агресивна поведінка (часто при ПТСР)

Як допомогти:

- Спокійний голос
- Знайоме оточення
- Короткі фрази
- Не сперечатись
- Не допитуватись одразу

9. ОСОБЛИВОСТІ ДОГЛЯДУ ЗА ВЕТЕРАНАМИ

- Напад може запускати ПТСР-флешбек
- Після нападу людина може виглядати «психотичною»
- Часті проблеми з пам'яттю → контроль прийому ліків
- Високий рівень сорому і стигми — важлива підтримка

10. ЩОДЕННИК НАПАДІВ (ОБОВ'ЯЗКОВО)**Записуйте:**

- Дата і час
- Тривалість
- Тип нападу
- Можливий тригер
- Чи вводились ліки
- Час відновлення

Це критично важливо для лікаря.

11. Під час ЕПІЛЕПТИЧНОГО нападу:

- Зберігати спокій
- Зафіксувати тривалість
- Захистити голову
- Покласти на бік
- Ввести екстрений препарат (якщо призначено)
- Викликати швидку при необхідності

12. ПТСР ТА ЕПІЛЕПСІЯ: ЯК ВОНИ ПОВ'ЯЗАНІ

У ветеранів бойових дій епілепсія і ПТСР часто співіснують.

Чому це важливо:

- Напад може запускати ПТСР-флешбек
- Флешбек або сильний стрес може провокувати напад
- Симптоми можуть накладатися і маскувати одне одного

Що може виглядати як:

- Раптовий страх або паніка
- Агресія без очевидної причини
- Відчуття «повернення на війну»
- Дезорієнтація після нападу

Після нападу людина НЕ контролює свою поведінку

Це не «поганий характер» і не «небажання співпрацювати»

13. АГРЕСІЯ ПІСЛЯ НАПАДУ: ЯК ДІЯТИ БЕЗПЕЧНО

Чому виникає агресія:

- Післянападна сплутаність
- ПТСР-флешбек
- Відчуття загрози
- Сором або страх

Як це може виглядати:

- Крик
- Відштовхування
- Захисні рухи
- Відмова від контакту



ПРАКТИЧНІ ПРАВИЛА ПІД ЧАС НАПАДУ:

- Говоріть спокійно і повільно
- Тримайте безпечну дистанцію
- Використовуйте короткі фрази
- Називайте людину по імені
- Поясніть, де вона і що сталося

ЧОГО НЕ РОБИТИ:

- Не торкайтесь без необхідності
- Не сперечайтесь
- Не доводьте, що людина «неправа»
- Не застосовуйте силу, якщо немає прямої загрози

Якщо агресія наростає — ваша безпека важливіша

14. ПСИХОГЕННІ НЕЕПІЛЕПТИЧНІ НАПАДИ (ПНЕН): ПЕРША ДОПОМОГА**Що важливо знати:**

- ПНЕН НЕ є епілепсією
- Вони НЕ зупиняються протисудомними препаратами
- Вони часто пов'язані з травмою, ПТСР, сильними емоціями

Як відрізнити ПНЕН від епілептичного нападу (орієнтовно):

- Тривалість довша
- Рухи неритмічні
- Очі часто заплющені
- Може бути реакція на голос

Точний діагноз ставить тільки лікар

ПЕРША ДОПОМОГА ПРИ ПНЕН:

- Забезпечити безпеку
- Прибрати небезпечні предмети
- Спокійно говорити
- Не лякати
- Дати можливість епізоду завершитись

ЧОГО НЕ РОБИТИ:

- Не вводити невідкладні протинападкові ліки (якщо це ПНЕН)
- Не кричати, не панікувати
- Не фіксувати силою
- Не звинувачувати

Після епізоду:

- Підтримати
- Не соромити
- Записати подію
- Повідомити лікаря

15. РОБОТА З РОДИНОЮ ТА БЛИЗЬКИМИ

Сім'я — ключова частина догляду, але часто:

- налякана
- виснажена
- дезорієнтована

Що важливо пояснити родині:

- Що таке епілепсія
- Як виглядають напади
- Що робити і чого не робити
- Коли викликати швидку
- Що агресія після нападу — не навмисна

Рекомендації:

- Навчіть базовій першій допомозі
- Заохочуйте вести щоденник нападів
- Пояснюйте важливість ліків
- Підтримуйте, а не критикуйте

Родина теж потребує підтримки і відпочинку

16. ПРАЦЯ, ОБМЕЖЕННЯ ТА ПРАВА ЛЮДЕЙ З ЕПІЛЕПСІЄЮ

ВАЖЛИВО:

Епілепсія – НЕ означає автоматичну неприцездатність

Більшість людей з епілепсією можуть:

- і мають працювати
- бути ефективними
- нести відповідальність

Можливі обмеження (індивідуально):

- Робота на висоті
- Керування транспортом (за певних умов)
- Робота з відкритим вогнем
- Робота з важкими механізмами

Ці обмеження:

- залежать від типу нападів
- контролюються лікарем
- можуть змінюватися з часом

17. ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ РОБОТОДАВЦІВ

Що роботодавець має знати:

- Епілепсія ≠ небезпека
- Напади зазвичай рідкісні і короткі
- Працівник часто знає свої тригери
- Інформованість оточуючих, ознайомлення із заходами невідкладної допомоги, та індивідуальним планом допомоги пацієнту зменшує відчуття страху, та негативних емоцій в колективі

Розумні умови:

- Гнучкий графік – людям з епілепсією небезпечний недосип (нічні зміни на-полегливо не рекомендуються)
- Можливість відпочинку
- Відсутність стигм
- Поінформованість колективу

Дискримінація людей з епілепсією — серйозна соціальна проблема

18. КЛЮЧОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Людина з епілепсією і ПТСР

- не є «небезпечна»
- не є «слабка»
- потребує розуміння, знань і підтримки

Опікун, людина, яка пройшла навчання з надання допомоги хворому з епілепсією

- рятує життя
- зменшує страх і паніку оточуючих та хворого, який може переживати дані відчуття на початку, в часі чи після нападу
- плекає гідність того, хто бореться з цією недугою



Коли може знадобитись невідкладна допомога

Якщо напад (кластер, кількість або тривалість): _____

Назва лікарського засобу / препарату: _____ Скільки давати (доза): _____

Як давати: _____

Догляд після нападу

Яка допомога потрібна (описати): _____

Коли людина може повернутись до звичної діяльності? _____

Особливі вказівки

Служби швидкого реагування: _____

Відділення швидкої допомоги: _____

Протисудомні препарати для швидкого реагування

Назва лікарського засобу	Загальна щоденна кількість	Кількість таблеток/ об'єм рідини	Спосіб застосування (час приймання кожної дози та к-сть)

Інша інформація

Чинники, що провокують напад: _____

Важливі відомості з історії хвороби: _____

Алергія: _____

Хірургічне втручання з приводу епілепсії (тип, дата, побічні ефекти):

Пристрій: Стимуляція блукаючого нерва Ітераційна стимуляція нерва Глибинна стимуляція гол.мозку

Дата імплантації: _____

Дієтотерапія: Кетогенна Низькоглікемічна Модифікована дієта Аткинса Інше: _____

Особливі вказівки: _____

Контактна інформація з особистих питань

Епілептолог: _____ Дата народження: _____

Лікар первинної мед.допомоги: _____ Телефон: _____

Рекомендована лікарня: _____ Телефон: _____

Аптека: _____ Телефон: _____

Мій підпис: _____ Дата: _____

Підпис лікаря: _____ Дата: _____