

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
фармацевтичний факультет
кафедра фармакології та клінічної фармації

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: **КЛІНІКО-ФАРМАКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ
ПРОТІЕПІЛЕПТИЧНИХ ЗАСОБІВ**

Виконала: здобувачка вищої освіти групи

Фм20(4,10д)-03

спеціальності: 226 Фармація, промислова
фармація

освітньої програми Фармація

Каріна КОЛІСНИК

Керівник: доцент закладу вищої освіти кафедри
фармакології та клінічної фармації,

к.фарм.н., доцент Анатолій МАТВІЙЧУК

Рецензент: професор закладу вищої освіти
кафедри клінічної лабораторної діагностики,
мікробіології та біологічної хімії,

д.мед.н., професор Ольга ЛИТВИНОВА

Харків – 2025 рік

АНОТАЦІЯ

В роботі проаналізовано дані «Електронного реєстру «Електронна медична карта пацієнта» та «Національної служби здоров'я України» щодо деталізації виписаних електронних рецептів на протиепілептичні засоби за період 2021-2025 рр.

Загальний обсяг роботи – 40 сторінок, складається з анотації, вступу, 3 розділів, висновків, списку літератури та додатків.

Ключові слова: епілепсія, протиепілептичний препарат, судоми, гамма-аміномасляна кислота, електроенцефалограма.

ANNOTATION

The work analyzed data from the «Electronic Registry «Registration Card of a Patient» and the «National Health Service of Ukraine» regarding the detailing of issued electronic prescriptions for antiepileptic drugs for the period 2021-2025.

The total volume of the work is 40 pages, consisting of an abstract, an introduction, 3 chapters, conclusions, a list of references and appendices.

Key words: epilepsy, antiepileptic drug, seizures, gamma-aminobutyric acid, electroencephalogram.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1 АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ ТА ПЕРСПЕКТИВ У ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЕПІЛЕПСІЇ (огляд літератури).....	8
1.1 Загальні питання щодо рівня захворюваності, причин виникнення, механізмів розвитку, видів та проявів епілепсії.....	8
1.2 Ускладнення та наслідки епілепсії	12
1.3 Діагностичні критерії різних видів епілепсії.....	13
1.4 Принципи фармакотерапії епілепсії в Україні згідно клінічного протоколу.....	17
1.5 Порівняльний аналіз підходів до фармакотерапії лікування епілепсії в Україні та за кордоном.....	21
Висновки до розділу 1.....	25
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	26
2.1 Характеристика використаних матеріалів дослідження.....	26
2.2 Характеристика використаних методів дослідження.....	27
Висновки до розділу 2.....	27
РОЗДІЛ 3 ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ЧАСТИНА.....	28
3.1 Оцінка результатів дослідження матеріалів електронного реєстру «Електронна медична карта пацієнта» та даних НСЗУ.....	28
3.2 Аналіз факторів, що впливають на призначення ПЕП	35
Висновки до розділу 3.....	39
ВИСНОВКИ.....	40
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ.....	41
ДОДАТКИ.....	46

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ILAE – Міжнародна ліга боротьби з епілепсією;
SUDEP – синдром раптової несподіваної смерті при епілепсії;
ГАМК – гамма-аміномасляна кислота;
ГТКН – генералізовані тоніко-клонічні напади;
ЕЕГ – електроенцефалограма;
ЕН – епілептичний напад;
ЗОЗ – заклад охорони здоров'я;
МНН – міжнародна непатентована назва;
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України;
МРТ – магнітно-резонансна томографія;
ПЕП – протиепілептичні препарати;
ЦНС – центральна нервова система;
ЧМТ – черепно-мозкова травма.

ВСТУП

Актуальність теми. Епілепсія є однією з найпоширеніших неврологічних хвороб у світі, яка вражає приблизно 1% населення. В Україні кількість пацієнтів з епілепсією сягає близько 100 тисяч осіб, серед яких значний відсоток становлять діти. Захворюваність на епілепсію залишається стабільно високою, що створює потребу в ефективній та доступній терапії [2].

У 2014 році Міністерство охорони здоров'я України затвердило уніфіковані клінічні протоколи для лікування епілепсії у дорослих та дітей, що базуються на сучасних міжнародних рекомендаціях [31, 37]. Ці протоколи передбачають використання протиепілептичних препаратів, таких як карбамазепін, окскарбазепін, ламотриджин, леветирацетам, топірамат, зонізамід та габапентин для лікування фокальних нападів [31, 37]. Однак, впровадження нових стандартів стикається з певними викликами, зокрема через обмежений доступ до сучасних препаратів, високу вартість та недостатню реімбурсацію доступ пацієнтів до новітніх ліків обмежений. Нерідко пацієнтам призначають застарілі препарати, які мають більше побічних ефектів та гіршу переносимість у порівнянні з новітніми ліками. Через війну ускладнилося і постачання ліків, що змушує пацієнтів змінювати терапію або використовувати менш ефективні аналоги. Стресові фактори та травматичні ураження головного мозку внаслідок бойових дій збільшують кількість нових випадків епілепсії [23].

Враховуючи вищезазначене, особливої актуальності набуває необхідність в оновленні знань медичного персоналу, забезпечені безперервної освіти лікарів та фармацевтів щодо сучасних методів діагностики та лікування епілепсії. Для покращення ситуації важливо продовжувати адаптацію міжнародних рекомендацій до українських реалій, забезпечувати доступність сучасних ліків та підвищувати кваліфікацію медичних працівників у сфері епілептології [33, 39].

Отже, продовження наукових досліджень з питань фармакотерапії епілепсії дозволить підвищити ефективність лікування хворих та запобігти розвитку ускладнень внаслідок нераціонального застосування протиепілептичних препаратів.

Мета дослідження: вивчення сучасних напрямків фармакотерапії епілепсії на основі аналізу баз даних анонімної деперсоніфікованої реєстрації хворих «Електронний реєстр «Реєстраційна карта пацієнта» та «Національна служба здоров'я України» щодо деталізації виписаних електронних рецептів на протиепілептичні засоби в Харківській області за період 2021-2025 рр.

Завдання дослідження:

1. Вивчити літературні дані щодо клініко-фармакологічних аспектів застосування протиепілептичних препаратів, рекомендованих протоколів лікування різних типів епілепсії та повідомлень про побічні ефекти ПЕП.
2. Проаналізувати дані електронного реєстру «Електронна медична карта пацієнта» (<https://askep.net>) в м. Харків та Харківській області.
3. Проаналізувати дані Національної служби здоров'я України (<https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/reimb-w-prescriptions>) щодо деталізації виписаних електронних рецептів на протиепілептичні засоби в Україні за МНН.
4. Визначити основні фактори, що можуть впливати на вибір препаратів для фармакотерапії епілепсії лікарями.

Об'єкт дослідження: дані реєстрів щодо кількості хворих на епілепсію в м. Харкові та Харківській області, їх демографічних даних, отримуваної ними протиепілептичної терапії, лікарських призначень та зареєстрованих побічних реакцій протиепілептичних препаратів за період 2021-2025 рр.

Предмет дослідження: стан забезпечення ефективної та безпечної фармакотерапії епілепсії в Харківському регіоні.

Методи дослідження. В роботі використані методи аналізу та синтезу, спостереження, порівняння та узагальнення.

Практичне значення отриманих результатів. Дані, представлені в

роботі, можуть бути використані медичними та фармацевтичними фахівцями при призначенні та наданні рекомендацій при відпуску протиепілептичних препаратів пацієнтам та для подальших наукових досліджень.

Елементи наукових досліджень. В даній роботі вперше проаналізовано дані Електронного реєстру «Реєстраційна карта пацієнта з епілептичними нападами» та «Національна служба здоров'я України», систематизовані отримані результати та надані практичні рекомендації.

Апробація результатів дослідження і публікацій. Основні матеріали і положення кваліфікаційної роботи представлені на XXXI Міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених та студентів «Актуальні питання створення нових лікарських засобів» 23-25 квітня 2025 р. За матеріалами роботи опубліковано тези доповідей.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Робота складається зі вступу, основної частини (огляд літератури, методи дослідження, експериментальної частини), висновків, списку використаних джерел та містить 40 сторінок, 11 рисунків, 5 таблиць, 39 посилань на джерела літератури та додатки.

РОЗДІЛ 1

АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ ТА ПЕРСПЕКТИВ У ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЕПІЛЕПСІЇ (огляд літератури)

1.1. Загальні питання щодо рівня захворюваності, причин виникнення, механізмів розвитку, видів та проявів епілепсії

Епілепсія – це хронічне захворювання головного мозку, що характеризується стійкою схильністю до виникнення нападів, незалежно від негайних уражень центральної нервової системи, виникненням нейробиологічних, когнітивних, психологічних та соціальних наслідків рецидивів нападів. Епілепсія майже однаково часто зустрічається як у чоловіків, так і у жінок будь-якого віку та розповсюджена у всьому світі. Захворюваність на епілепсію дещо вища серед чоловіків, і, як правило, її пік припадає на людей похилого віку, що відображає вищу частоту виникнення інсультів, нейродегенеративних захворювань і пухлин мозку у цій віковій групі [31].

Етіологія епілепсії змінюється залежно від соціально-демографічних характеристик та обсягу діагностичного обстеження, але навіть у країнах з високим рівнем доходу та розвитком медицини задокументовані етіологічні фактори зустрічаються приблизно лише в 50% випадків. У звітах країн із низьким та середнім рівнем доходу (де пацієнти з епілепсією здебільшого не лікуються) наведено показники поширеності та ремісії, які збігаються з показниками високорозвинутих країн. Згідно з даними досліджень, захворюваність на епілепсію є вищою в більшості країн із низьким рівнем доходу, що частково може бути пояснено несвоєчасністю діагностики, виникненням гострих симптоматичних нападів та випадками передчасної смерті. Дослідження демонструють, що приблизно в половині випадків спостерігається тенденція до досягнення тривалої ремісії судом. Однак у останніх звітах про довгостроковий прогноз епілепсії виявлено різні

прогностичні моделі, включаючи ранню та пізню ремісію, рецидивуючий перебіг і навіть погіршення перебігу, що характеризується ремісією з подальшим рецидивом і невинними нападами. Епілепсія, як самостійне захворювання, несе низький ризик смертності, але явища раптової незрозумілої смерті найчастіше зустрічається у людей з генералізованими тоніко-клонічними нападами, нічними судомами та резистентною до ліків епілепсією [3].

Епілепсія характеризується постійною схильністю до повторних нападів. Сучасні визначення епілепсії включають пацієнтів з рефлексорними нападами, у яких було не менше двох неспровокованих нападів з інтервалом більше 24 годин та осіб високого ризику, що мають один напад і високу (понад 60%) ймовірність виникнення повторних нападів протягом наступних 10 років порівняно із загальною популяцією. Напади визначаються як минуле виникнення клінічних ознак, спричинених аномальною, надмірною та синхронною активністю нейронів у мозку. Напади не є синонімом епілепсії, а типи нападів, пов'язаних з епілепсією, їх частота та інтенсивність сильно різняться між собою. Коли люди з епілепсією не досягають стійкої ремісії, незважаючи на лікування, якість життя погіршується з рейтингом інвалідності, який займає четверте місце серед 220 захворювань та становить 1% від загального тягаря захворювань у світі [8].

Епілепсія – це багатфакторне захворювання, при якому розвиток нападів залежить від поєднання різних етіологічних чинників. Основні фактори, що сприяють виникненню епілептичних нападів, можна поділити на кілька груп [11, 16]:

1. Спадковий фактор. Спадковість є одним із ключових чинників, що впливають на розвиток епілепсії. Вона створює базу для підвищеного ризику, але кінцевий клінічний прояв залежить від взаємодії генетичних факторів із зовнішніми впливами.

2. Структурні зміни мозку. Черепно-мозкові травми: ушкодження головного мозку внаслідок травм можуть стати основою для виникнення

епілептичних процесів. Інфекційні захворювання: менінгіти, енцефаліти, абсцеси мозку, які можуть призвести до рубцювання та структурних змін у мозку. Інсульти та судинні порушення: ішемічний або геморагічний інсульт може спричинити зміни в нервовій тканині, що зумовлюють напади. Пухлини мозку: як доброякісні, так і злоякісні пухлини можуть викликати епілептичні стани через порушення нормальної роботи мозку.

3. *Вроджені аномалії та аномалії розвитку.* Міграційні порушення нейронів: недорозвинені або аномально розташовані нейрони можуть сприяти підвищеній збудливості мозку; аномалії розвитку мозку, що виникають під час ембріонального періоду.

4. *Метаболічні та токсичні фактори.* Метаболічні порушення: дисбаланс електролітів, глюкозний дисбаланс або інші системні порушення можуть викликати збудливість нервової тканини. Інтоксикації: вплив токсичних речовин, зокрема алкоголь, наркотики чи деякі медикаменти, може виступати як тригер для нападу.

5. *Інші фактори.* Стрес і психологічні фактори: емоційне перенапруження може виступати додатковим чинником, який сприяє виникненню нападу у людей з попередньою схильністю. Екологічні та інфекційні чинники: іноді комбінація кількох факторів (наприклад, інфекція та генетична схильність) може бути вирішальною для прояву хвороби.

Розвиток епілепсії часто є результатом взаємодії декількох факторів, що впливають на центральну нервову систему. Генетичні особливості, структурні ушкодження мозку, метаболічні порушення та інші чинники створюють базу для підвищеної збудливості нейронів, що за певних умов може призвести до виникнення епілептичних нападів. Розуміння цих етіологічних аспектів сприяє своєчасній діагностиці та впровадженню ефективних терапевтичних стратегій.

Патогенетичні механізми розвитку епілепсії охоплюють низку процесів, що ведуть до підвищеної збудливості нейронів та порушення нормальної роботи мозку. Основні механізми включають такі процеси, як

порушення іонного обміну, зміни у функціонуванні іонних каналів, дисфункція каналів для натрію, калію, кальцію або хлору може призводити до аномальної генерації та проведення електричних імпульсів. Це сприяє збудженості нейронів та виникненню синхронних електричних розрядів [18].

Нейротрансмітерні порушення внаслідок порушення балансу збуджуючих та гальмівних сигналів через зміну співвідношення між глутаматом та гамма-аміномасляною кислотою (ГАМК). Порушення в синтезі, вивільненні або рецепторній взаємодії цих речовин може призвести до дисбалансу, що сприяє виникненню нападів [18, 32].

Пошкодження мозкової тканини внаслідок травм, інсультів, інфекцій або пухлин може спричинити формування рубцевої тканини, яка виступає як генератор епілептичних розрядів. Крім того, після ушкодження мозку можуть виникати компенсаторні зміни у нейронних мережах, що може призводити до неконтрольованої синаптичної реорганізації та утворення епілептогенних зон [24].

Генетичні аномалії, що впливають на структуру і функцію іонних каналів, рецепторів або інших білків, залучених до нейронної передачі сигналів, можуть бути безпосередньою причиною епілептичних синдромів [7].

Нейрогенна дисфункція внаслідок порушення обміну енергії в нейронах, включаючи дефіцит кисню або глюкози, може викликати нестабільність мембранного потенціалу, що сприяє епілептичним розрядам. Метаболічні порушення, зумовлені інтоксикацією або дисбалансом електролітів, можуть виступати як додатковий механізм, що провокує напад. Інфекції, токсини, алкоголь, недосип або емоційний стрес можуть виступати як провокуючі фактори у людей з генетичною чи структурною схильністю. Хронічне запалення або активація імунних процесів може впливати на нейронну функцію та сприяти розвитку епілепсії. Отже, патогенез епілепсії є результатом складної взаємодії генетичних, молекулярних, структурних та метаболічних чинників. Розуміння цих механізмів дозволяє не лише

діагностувати причини виникнення епілептичних розрядів, а й розробляти більш цільові терапевтичні стратегії, спрямовані на корекцію конкретних патогенетичних процесів [18].

1.2 Ускладнення та наслідки епілепсії

Розвиток епілепсії може провокувати різноманітні наслідки та ускладнення, які залежать від тяжкості хвороби, частоти нападів, їхнього типу та ефективності лікування. Зокрема частими наслідками захворювання є отримання травм різної складності під час нападів: черепно-мозкові травми, переломи, опіки. Розвиток безперервної серії судом тривалістю понад 5 хвилин (статусна епілепсія) може призвести до пошкодження мозку чи навіть смерті. Досить часто судоми, особливо нічні, викликають безсоння та загальну втому, погіршення самопочуття, проблеми з пам'яттю та концентрацією, зниження інтелектуальних здібностей, втрату свідомості. Внаслідок прогресування епілепсії також можливий розвиток депресії та тривожних розладів, емоційної нестабільності, суїцидальні думки – ризик підвищується через депресію та психологічний тиск. При прогресуванні епілепсії ризики для пацієнта зростають, оскільки часті напади та їхні ускладнення можуть негативно впливати на фізичний, психологічний та соціальний стан людини.

Особливо небезпечним є достатньо рідкісне ускладнення – синдром раптової несподіваної смерті при епілепсії (SUDEP) – ускладнення, коли людина помирає під час або після нападу з невідомих причин [7]. Систематичний огляд літератури виявив, що основним фактором ризику несподіваної смерті є наявність і частота генералізованих тоніко-клонічних нападів (ГТКН). Наприклад, люди з 3 або більше нападами на місяць мають у 15 разів вищий ризик несподіваної смерті. Це відносне збільшення ризику перетворюється на абсолютний ризик до 18 смертей на 1000 пацієнтів для людей із частими ГТКН. Дослідження авторитетних науковців, які

займаються дослідженням епілепсії, демонструють, що ГТКН завжди був провокуючим явищем SUDEP, і переконливо свідчить про те, що ГТКН не просто пов'язаний із SUDEP, а ї є причинно-наслідковим шляхом до SUDEP. Отже, очевидно, що покращений контроль за частотою виникнення ГТКН здатний призвести до зниження ризику SUDEP [7]. Крім того, науковцями було встановлено, що більша частина надмірного ризику смерті та передчасної смерті, пов'язаної з епілепсією, пояснюється супутніми захворюваннями. Однак навіть після поправки на це рівень частоти серцевої смерті у суб'єктів без епілепсії становив 5,4 проти 16,3 у хворих з епілепсією. Ці результати підкреслюють потенційні переваги модифікації факторів ризику у пацієнтів з епілепсією для запобігання передчасній смерті та SUDEP [7].

1.3 Діагностичні критерії різних видів епілепсії

Незважаючи на величезний прогрес у методах структурної та функціональної нейровізуалізації з покращеною просторовою роздільною здатністю, електроенцефалограма (ЕЕГ) забезпечує найкращу часову роздільну здатність функції кори головного мозку та залишається важливим інструментом у діагностиці та лікуванні епілепсії. Основна мета отримання ЕЕГ у пацієнтів з відомими нападами полягає в тому, щоб класифікувати, чи є напади фокальними чи генералізованими та частиною специфічного епілептичного синдрому. Розуміння фізіологічної основи інтеріктальних та іктальних патернів ЕЕГ також дає уявлення про патофізіологію та підхід до лікування, який використовується для різних типів епілепсії. Крім того, ЕЕГ корисна для діагностики невідомих пароксизмальних нападів, які можуть маскуватися під епілептичні напади [27].

Метою діагностики є встановлення діагнозу «епілепсія», типів епілептичних нападів та форми епілепсії. Також, встановлення етіології захворювання, клінічно важливих коморбідних станів. Особливі труднощі

викликає диференційна діагностика епілептичних та неепілептичних пароксизмальних порушень, зважаючи на відсутність абсолютно достовірних клінічних маркерів захворювання у міжпароксизмальний період, не завжди достатню інформативність інструментальних методів дослідження і недостатню обізнаність лікарів. Неепілептичні пароксизмальні порушення помилково діагностують як епілепсію у 20–30% випадків навіть у медичних центрах третього рівня (Рис. 1.1) [2, 12]. За даними останніх метааналізів хибну позитивну діагностику епілепсії відзначають у 2–71% випадків [2, 12]. Крім того, не менше 30% пацієнтів з епілепсією мають також неепілептичні (частіше психогенні) напади (Рис. 1.2) [25].

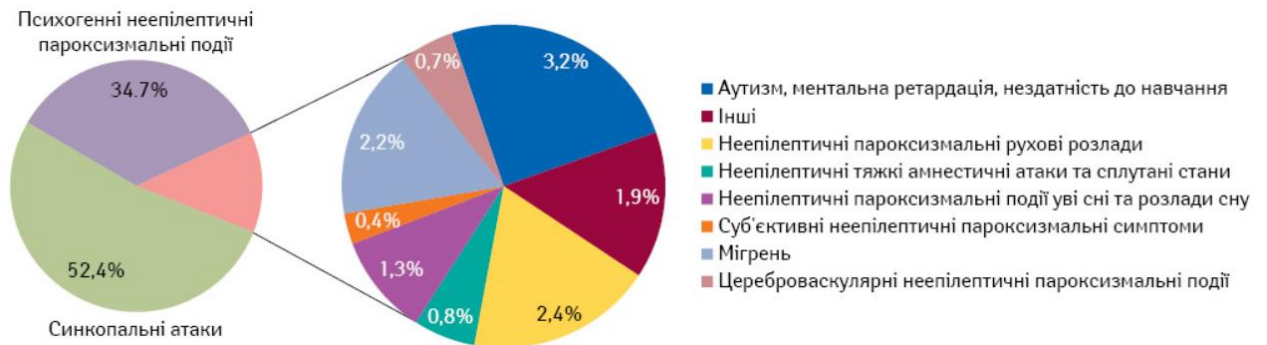


Рис. 1.1 Пароксизмальні захворювання і стани, що можуть бути імітаторами епілепсії



Рис. 1.2 Діагностичний алгоритм при диференціації епілептичних і неепілептичних пароксизмальних станів

Сучасна класифікація епілепсії є багаторівневою і призначена для диференціації різних видів епілепсії в клінічних умовах. Для коректної класифікації епілепсії клініцист має починати з класифікації типу епілептичного нападу. Напади класифікуються на напади з вогнищевим початком, генералізований початок і невідомий початок (Рис. 1.3)

Вогнищевий початок		Генералізований початок	Невідомий початок
З усвідомленням	З порушенням усвідомлення	Моторні: • тоніко-клонічні • клонічні • тонічні • міоклонічні • міоклоно-тоніко-клонічні • міоклоно-атонічні • атонічні • епілептичні спазми Немоторні (абсанс): • типові • атипові • міоклонічні • міоклонія повік	Моторні: • тоніко-клонічні • інші моторні Немоторні (абсанс)
Моторний початок: • автоматизми • атонічні • клонічні • епілептичні спазми • гіперкінетичні • міоклонічні • тонічні Немоторний початок: • вегетативні • припинення діяльності • когнітивні • емоційні • сенсорні			Некласифіковані
Від вогнищевих до білатеральних тоніко-клонічних			

Рис. 1.3 Класифікація типів епілептичних нападів ILAE

У деяких випадках класифікація за типом нападу може бути максимальним можливим рівнем для діагностики, коли немає можливості скористатися методом електроенцефалографії, відео та дослідженням зображень, або недостатньо доступної інформації, щоб можна було поставити діагноз вищого рівня, наприклад, коли у пацієнта був лише один

напад [6, 25].

Наступний крок — визначення типу епілепсії (Рис. 1.4).



Рис. 1.4 Рамкова класифікація епілепсії

Здебільшого на цьому етапі може бути встановлений діагноз специфічного епілептичного синдрому. Протягом діагностичного періоду необхідно максимально з'ясувати етіологію епілепсії в кожного пацієнта. При визначенні типу ЕН та типу епілепсії необхідно враховувати результати ЕЕГ і нейровізуалізаційних досліджень разом із результатами інших обстежень, які допомагають достовірно виявити основну етіологію епілепсії [6]. Дана класифікація є підтвердженням великої варіативності ресурсів у всьому світі та означає, що різні рівні класифікації будуть можливими залежно від ресурсів, доступних для клініциста, який ставить діагноз. Якщо це можливо, слід шукати діагноз на всіх трьох рівнях, а також етіологію епілепсії у людини [6, 25].

Третій рівень діагностики – діагностика епілептичного синдрому. На даному рівні необхідне встановлення сукупності ознак, що включають типи ЕН, результати ЕЕГ та особливості нейровізуалізації. Як правило, це вікозалежні синдроми, такі як дитяча абсансна епілепсія, синдром Веста, синдром Драве та ін. Нині комісія з класифікації і термінології ILAE продовжує працювати над оновленим переліком синдромів [27].

1.4 Принципи фармакотерапії епілепсії в Україні згідно клінічного протоколу

При первинно встановленому діагнозі, поновленні нападів після ремісії та фармакорезистентній епілепсії лікування проводять за призначенням спеціаліста ЗОЗ, що надає третинну медичну допомогу, з внесенням необхідних корективів за клінічними показаннями [29].

У стані стійкої ремісії проводять супровідну підтримувальну терапію.

При виникненні ускладнення протиепілептичної терапії проводять медикаментозне лікування за призначенням спеціаліста ЗОЗ, що надає третинну медичну допомогу, та продовження терапії патологічних змін з боку інших органів і систем [29].

1. Призначення адекватних для типу нападів та форм епілепсії ПЕП в рекомендованих терапевтичних дозах (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Застосування ПЕП залежно від типу нападів

Тип нападів	Перша лінія	Друга лінія	Можливість застосування	ПЕП протипоказані до застосування
1	2	3	4	5
Генералізовані тоніко-клонічні, тонічні, клонічні	Вальпроєва к-та, ламотриджин	Карбамазепін, левітірацетам, окскарбамазепін, топірамат, фенобарбітал	Габапентин, прегабалін, фенитоїн	За наявності абсансів, міоклоній, підозра на міоклональну епілепсію гапабентин, карбамазепін, окскарбамазепін, прегабалін, фенитоїн

продовження таблиці 1.1

1	2	3	4	5
Міоклонічні	Вальпроєва кислота, ле- вітірацетам, топірамат	Клоназепам	Ламотриджин ,пірацетам, фенобарбітал	Габапентин, карба- мазепін, окскарба- мазепін, прегабалін, фенитоін, при пі- дозрі на ювенільну міоклонічну епілеп- сію – ламотриджин
Абсанси	Вальпроєва кислота	Клоназепам, ламотриджин левітірацетам	Топірамат	Габапентин, карба- мазепін, окскар- бамазепін, прега- балін, фенитоін
Парціальні	Вальпроєва кислота, ла- мотриджин, левітіраце- там, карба- мазепін, окс- карбамазе- пін, топіра- мат	Фенитоін	Габапентин, клоназепам, прегабалін, фенобарбітал	
Недиферен- ційовані	Вальпроєва кислота, топірамат,	Ламотриджин левітірацетам,	Фенобарбітал	

продовження таблиці 1.1

1	2	3	4	5
Вторинно-генералізована	Вальпроєва кислота, ламотриджин, карбамазепін, левітірацетам, окскарбамазепін, левітірацетам, топірамат	Фенітоїн	Габапентин, прегабалін, клоназепам, фенобарбітал	

Початок лікування пацієнтів з епілепсією можливий лише у випадках, коли є впевненість в тому, що напади є епілептичними. Наявність у пацієнта двох і більше епілептичних нападів вимагає початку лікування протиепілептичними препаратами. Розвиток лише одного епілептичного нападу робить необхідність здійснення вищепри описаного діагностичного стандарту і потребує диференційованого підходу до початку лікування ПЕП [29].

Лікування пацієнтів з епілепсією починають з монотерапії препаратом першої лінії вибору, ефективність якого оцінюють протягом періоду не менше 3 місяців після досягнення терапевтичної дози препарату. Оцінка ефективності протягом меншого періоду часу не дозволяє визначити ефективність ПЕП, і призводить до часті їх зміни і розвитку вторинної фармакорезистентності [29]. При виборі ПЕП першої лінії необхідно пам'ятати про найбільш часті побічні ефекти, які можуть погіршити якість життя хворих більшою мірою, ніж наявність епілептичних нападів. Препарат обирається залежно від статі, віку та соціального функціонування пацієнта. При ефективності першого призначення ПЕП його рекомендують вживати

тривало в терапевтичних дозах протягом мінімум 2-3 років. При неефективності першого ПЕП в якості монотерапії, призначають інший препарат першої лінії вибору у вигляді монотерапії. Для цього другий препарат доводять до терапевтичної дози і лише потім поступово відміняється перший неефективний ПЕП. При ефективності терапевтичних доз другого ПЕП, його також призначають тривало і безперервно протягом мінімум 2-3 років. Якщо у хворого, який приймає лише один препарат першої лінії вибору, частота та важкість нападів суттєво знижує якість соціального функціонування, то при неефективності першої монотерапії можливий перехід на лікування двома ПЕП [28, 29, 31].

При неефективності монотерапії другим ПЕП перехід на прийом наступного препарату в якості монотерапії можливий лише при дуже рідких нападах. Зазвичай переходять на терапію двома ПЕП. З перших двох препаратів обирають той, який був більш ефективним і краще переноситься хворими. До нього додають препарат 1-ї або 2-ї лінії вибору, можлива комбінація раніше призначених ПЕП, або одного з них, з будь-яким препаратом 1-ї або 2-ї лінії вибору з урахуванням їх фармакокінетичних і фармакодинамічних взаємодій. Дози препаратів повинні бути не нижче терапевтичних. При неефективності терапії двома ПЕП, продовжують підбір схеми спочатку з 2-х, а потім з 3-х ПЕП, які ефективні для лікування того чи іншого типу нападів. При цьому в комбінації повинен бути присутнім препарат з колонки - резистентність. Комбінації більше 3-х ПЕП вважаються неефективними через неможливість оцінити їх взаємодію з неминучою сумацією побічних ефектів. Тип нападу є одним з основних критеріїв вибору ПЕП у дорослих, оскільки встановити синдром епілепсії у них часто буває неможливим. ПЕП необхідно призначати в дозах не нижче терапевтичних з адекватною для кожного препарату кратністю прийому (Табл. 1.2). Це дозволить підтримувати стабільну концентрацію препарату в плазмі крові і уникнути піків концентрації, під час яких можлива поява дозозалежних ефектів або падіння концентрації ПЕП, що призводить до різкого зниження їх

ефективності та можливості декомпенсації епілепсії. Ефективність лікування епілепсії оцінюється, в першу чергу, ступенем зменшення частоти нападів у пацієнтів, і логічною метою терапії епілепсії є досягнення контролю нападів шляхом призначення одного або декількох ПЕП без розвитку їх побічних ефектів. При неможливості домогтися контролю нападів, необхідно прагнути до максимально можливого скорочення їх частоти з мінімальною кількістю побічних дій ПЕП. Крім частоти нападів, необхідно також враховувати динаміку психопатологічних симптомів [28, 29, 31].

Таблиця 1.2

Дози ПЕП, зареєстрованих в Україні

Назва ПЕП	Рекомендовані дози (середні добові дози)
Вальпроєва кислота	500-3000 (1000) мг/добу
Карбамазепін	400-2000 (600-800) мг/добу
Фенобарбітал (бензобарбітал)	60-240 (120) мг/добу
Фенітоїн	100-700 (300) мг/добу
Ламотриджин	100-800 (200-400) мг/добу
Топірамат	100-1000 (200-400) мг/добу
Клоназепам	2-8 (2-4) мг/добу
Габапентин	1200-4800 (2400) мг/добу
Прегабалін	150-600 (300-450) мг/добу
Леветирацетам	1000-4000 (2000-3000) мг/добу
Оскарбазепін	300-2400 (900-1200) мг/добу

1.5 Порівняльний аналіз підходів до фармакотерапії лікування епілепсії в Україні та за кордоном

В Україні епілепсію зазвичай лікують за Уніфікованим клінічним протоколом первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (затверджений Наказом

Міністерства охорони здоров'я України від 17.04.2014 р. № 276). Проте дещо пізніше, а саме у 2016 році, Міністерством охорони здоров'я України було видано Наказ № 1422 від 29.12.2016 р., який вступив у силу 28 квітня 2017 року, де зазначено, що лікувати хворих на епілепсію, дозволено з використанням міжнародних клінічних настанов, адаптованих в Україні національними фаховими медичними асоціаціями та асоціаціями країн-членів Європейського Союзу, Сполучених Штатів Америки, Канади та Австралійського Союзу [11, 22]. Тобто лікарі можуть використовувати такі види протоколів:

- Erster epileptischer Anfall und Epilepsien im Erwachsenenalter (Швейцарія);
- Epilepsies in children, young people and adults. NICE guideline (Великобританія);
- Practice guideline update summary: Efficacy and tolerability of the new antiepileptic drugs I: Treatment of new-onset epilepsy та Practice guideline update summary: Efficacy and tolerability of the new antiepileptic drugs II: Treatmentresistant epilepsy (США) [5].

Також потрібно звернути увагу на те, що за кордоном не існує окремого протоколу щодо лікування епілепсії в дітей, однак у всіх протоколах є вказівки з особливостями застосування ПЕП залежно від віку. В Уніфікованому клінічному протоколі зазначено, що під час лікування епілепсії можна використовувати такі препарати, як: Фенобарбітал, Фенітоїн, Клоназепам, Карбамазепін, Окскарбазепін, Вальпроєва кислота, Ламотриджин, Топірамат, Габапентин, Леветирацетам, Прегабалін. В Україні медична допомога хворим на епілепсію, розподіляється на первинну, вторинну, третинну, і залежно від виду допомоги застосовується певний протокол [16, 22]. Так, наприклад, у закладах, які надають первинну медичну допомогу (медичні пункти, сільські лікарські амбулаторії, амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, центри первинної медико-санітарної допомоги) дотримуються таких положень протоколу:

здійснюється профілактика; потім проводиться діагностика; розпочинається лікування, яке може бути як не медикаментозним, так і медикаментозним; подальше спостереження, а за потреби – госпіталізація. У закладах, що надають екстрену медичну допомогу, спочатку проводять діагностику, а потім надають невідкладну допомогу, яка проводиться медикаментозно, після чого допомога продовжує надаватися в умовах блоку інтенсивної терапії або реанімаційного відділення. Вторинна медична допомога надається або в стаціонарних умовах, або в амбулаторних з дотриманням таких положень протоколу: діагностика; профілактика; лікування: медикаментозне або немедикаментозне; подальше спостереження або диспансеризація [5].

У клінічній настанові медичної допомоги Швейцарії, яка була розроблена Швейцарською лігою проти епілепсії і в котрій дотримано вказівки Німецького товариства неврології, що були розроблені спільно зі Швейцарським неврологічним товариством та Австрійським товариством неврології, надано всю інформацію щодо використання фармакотерапії, побічних реакцій, хірургічного втручання, додаткової, підтримувальної терапії. У цій настанові визначено препарати, які використовуються під час лікування епілепсії: Карбамазепін, Вальпроєва кислота, Ламотриджин, Топірамат, Габапентин, Леветирацетам, Лакозамід [16].

У Бельгії користуються оновленою версією настанови (Belgian epilepsy experts) щодо лікування епілепсії. У цій країні нині зареєстровано понад 20 різних ПЕП (BCFI/CBIP). Хоча така кількість дає змогу адаптувати терапію до потреб окремих пацієнтів, вона зумовлює складність щодо вибору найприйнятнішої комбінації. До основних препаратів віднесено: Бриварацетам, Вальпроат, Вігабатрин, Габапентин, Етосуксимід, Карбамазепін, Лакозамід, Ламотриджин, Леветирацетам, Окскарбазепін, Перампанел, Прегабалін, Примідон, Руфінамід, Стирепентол, Тіагабін, Топірамат, Фенобарбітал, Фенітоїн, Фелбамат [31].

За результатами аналізу даних Британського Національного Формуляру визначено, що для лікування хворих на епілепсію рекомендовано 19

протиепілептичних препаратів за міжнародною непатентованою назвою. При зіставленні протиепілептичних препаратів із препаратами, що увійшли до вітчизняних нормативно-правових положень, які регулюють надання якісної медичної та фармацевтичної допомоги хворим, встановлено ряд розбіжностей [10]. Дані відмінності включають як відсутність певних лікарських препаратів за міжнародною непатентованою назвою, так і різні підходи до формування ліній фармакотерапії хворих. За результатами порівняльного аналізу складу асортименту рекомендованих протиепілептичних препаратів Британським Національним Формуляром з Державним формуляром лікарських засобів встановлено, що до складу вітчизняного увійшли лише 9 препаратів за міжнародною непатентованою назвою. Дослідження протиепілептичних препаратів, згідно з даними Державного формуляру лікарських засобів, дають підстави стверджувати про домінування лікарських препаратів іноземного виробництва (68 % від загальної кількості представлених протиепілептичних препаратів). Проаналізовано фірми-виробники лікарських препаратів, встановлено лідери серед іноземних та вітчизняних компаній [10].

Встановлено ряд відмінностей між рекомендаціями Британського Національного Формуляру та Державного формуляру лікарських засобів, а також уніфікованим клінічним протоколом лікування хворих на епілепсію. Так, у Державному формулярі лікарських засобів присутні лише 9 препаратів протиепілептичної дії з 19 лікарських препаратів, які зазначені у складі Британського Національного Формуляру. До вітчизняного протоколу лікування включено 12 препаратів за міжнародною непатентованою назвою. Аналіз даних Державного формуляру протиепілептичних препаратів показав, що загальна кількість представлених лікарських препаратів складала 315 торгових найменувань з урахуванням форм випуску, основну частку даного асортименту формували препарати іноземних компаній, співвідношення становило 68 % до 32 % [10].

Згідно з рекомендаціями Міжнародної антиепілептичної ліги, для

лікування всіх форм епілепсії препаратом вибору є депакін – 500 мг двічі на день [16].

Сучасні лікарі в разі лікування епілепсії віддають перевагу таким протисудомним лікарським препаратам, як: Вальпроат натрію; Габапентин; Карбамазепін; Ламотриджин; Леветірацетам; Окскарбазепін; Прегабалін; Топірамат; Фенітоїн; Фенобарбітал; Етосуксимід [22; 23; 25].

Потрібно пам'ятати, що вибір ПЕП є суворо індивідуальним і призначається виключно лікарем. Під час підбору ПЕП і схеми його прийому лікар повинен ураховувати велику кількість факторів: вид епілепсії та форму протікання хвороби; кількість і частоту епілептичних нападів; особливості пацієнта, як-от вік, стать, наявність хронічних захворювань; вживання інших лікарських препаратів; попередній досвід лікування епілепсії. Варто також зазначити, що останніми роками вчені активно досліджують гендерні особливості лікування епілепсії, лікування епілепсії у вагітних жінок та людей похилого віку.

Висновки до розділу 1

У розділі проаналізовано сучасні наукові публікації, що стосуються актуальних поглядів на етіологічні чинники, патогенетичні механізми розвитку, класифікації, алгоритми діагностики та підходи до лікування епілепсії в Україні та за кордоном. За результатами літературного огляду з'ясовано, що асортимент протиепілептичних засобів регулярно переглядається, що обумовлює необхідність подальших досліджень застосування цих лікарських препаратів у пацієнтів з різними типами епілепсії для забезпечення ефективної та безпечної фармакотерапії даного захворювання.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Характеристика використаних матеріалів дослідження

У роботі проведене дослідження з використанням електронного реєстру хворих на епілепсію в м. Харкові та Харківській області «Електронна медична карта пацієнта з епілептичними нападами» <https://asker.net/> [21]. Особливістю цього реєстру є набагато більш детальний аналіз кожного клінічного випадку, ніж в офіційній статистиці Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ). За допомогою даного реєстру є можливість визначити статистичні особливості маніфестації, перебігу та лікування епілепсії, які не входять до офіційної статистики.

Для стандартизації даних хворих на епілепсію розроблено реєстраційні картки для заповнення при першому випадку епілептичного нападу. Перша частина реєстраційної картки містить ініціали, дату народження та стать хворого. У другій частині заповнюють наступні відомості: діагноз, встановлений у лікувальному закладі; дата 1-го епілептичного нападу; тип нападу або нападів; частота епілептичних нападів протягом останнього року; форма та етіологія епілепсії (ідіопатична, криптогенна, симптоматична – черепно-мозкова травма, пухлина, інфекції ЦНС, інсульт, судинна мальформація, інша з уточненням, або форма епілепсії не установлена). У третій частині вказують додаткові дослідження з обов'язковою датою проведення: магнітно-резонансна томографія (МРТ) та електроенцефалографія (ЕЕГ). Четверта частина реєстраційної картки присвячена антиепілептичній терапії, яку отримує хворий на момент заповнення, з зазначенням дози, діючої речовини та торгової назви. П'ята частина присвячена соціальному статусу хворих. У шостій частині вказують раніше застосовувані ПЕП з уточненням дози та причини відміни (низька ефективність, погана переносимість або невідомо).

Дані надходять із медичної документації хворих на епілепсію, що спочатку заповнюють на папері, а потім заносять на сайт, або відразу — на сайті в електронному вигляді. Така інформація, відповідно до виконання Закону України «Про захист персональних даних», зберігає анонімність шляхом реєстрації лише ініціалів і дати народження пацієнтів, що дає змогу уникнути дублювання відомостей. Слід зауважити, що в базі даних повне ім'я (прізвище та ім'я по батькові) згаданої особи не зазначають, чим зберігають її конфіденційність.

В анонімній деперсоніфікованій реєстрації хворих на епілепсію задіяні фахівці неврологічної та психіатричної служб медичної допомоги, а також академічні установи Харківської та Закарпатської областей.

Крім того проаналізовані дані Національної служби здоров'я України (<https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/reimb-w-prescriptions>) щодо кількості виписаних електронних рецептів на протиепілептичні засоби за МНН.

2.2 Характеристика використаних методів дослідження

В роботі використані методи аналізу та синтезу, спостереження, порівняння та узагальнення.

Висновки до розділу 2

У розділі описані методи та ресурси, з використанням яких проведене дослідження стану надання лікарської допомоги пацієнтам з епілепсією в м. Харкові та Харківській області за період 2021-2025 рр.

РОЗДІЛ 3

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ЧАСТИНА

3.1 Оцінка результатів дослідження матеріалів електронного реєстру «Реєстраційна карта пацієнта з епілептичними нападами»

В ході здійснення дослідження встановлено, що за період з 2021 по 2025 рр. в базу даних електронного реєстру в м. Харкові та Харківській області було внесено відомості про 2652 пацієнтів з діагнозом епілепсія, серед яких 1485 осіб (56%) жінок та 1077 (44%) чоловіків (Рис. 3.1). Середній вік пацієнтів становив 53,4 роки. Хворих віком 19–30 років було 477 осіб (18 %), 31–45 років — 557 осіб (21 %), 46–60 років — 716 осіб (27 %), понад 61 рік — 902 особи (34 %) (Рис. 3.2).

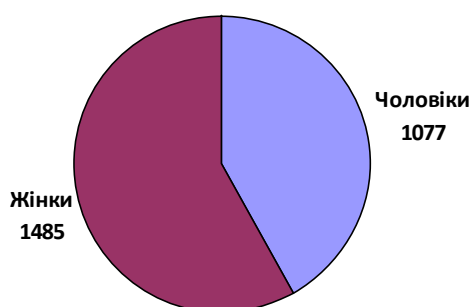


Рис. 3.1 Розподіл хворих на епілепсію за статтю

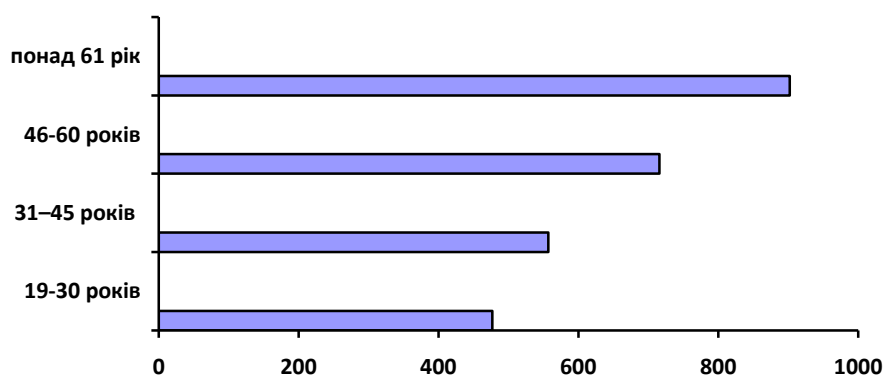


Рис. 3.2 Розподіл хворих на епілепсію за віком

Враховуючи дані реєстру серед хворих на епілепсію на Харківщині серед нападів превалюють первинно-генералізовані судоми, відсоток яких сягає 49 % від загальної кількості зареєстрованих хворих, на другому місці – парціальні приступи із вторинною генералізацією – 19 %, а на третьому – парціальні напади – 16 %, 12 % від загальної кількості хворих займають абсанси. Відносно невелику частку серед всіх зареєстрованих типів судом займають міоклонічні судоми та судоми невстановленого типу 2,5 % та 1,5 % відповідно (Рис. 3.3).

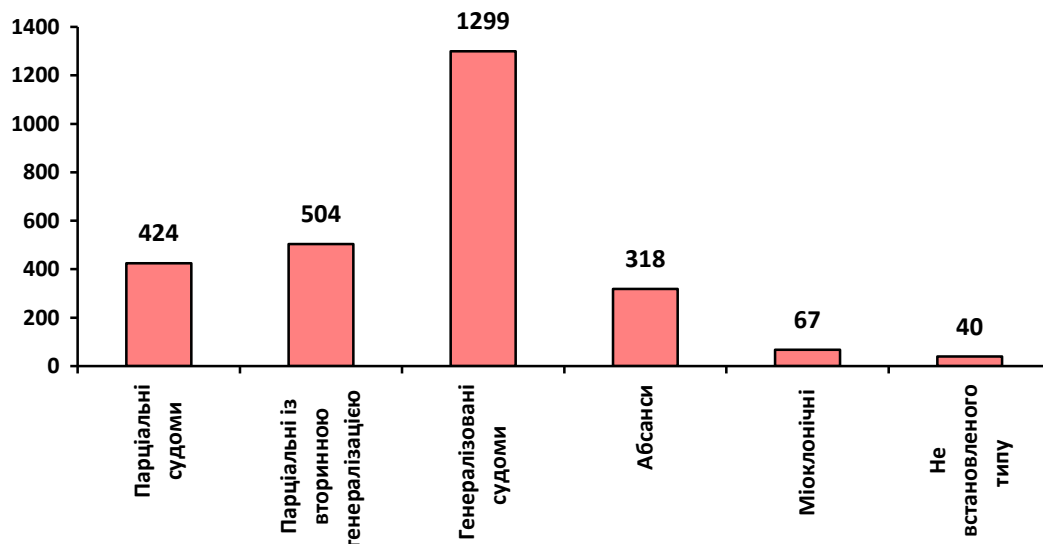


Рис. 3.3 Спектр типів епілептичних засобів серед хворих на Харківщині

Отримані результати та наявність випадків виникнення епілепсії невстановленого типу може свідчити про нерівномірність повноти внесення даних у первинну документацію чи недостатню якість досліджень хворих, адже сучасна класифікація форм епілепсії дає змогу встановити її у більшості випадків надання спеціалізованої медичної допомоги

Згідно з даними реєстру у Харківському регіоні превалює симптоматична форма епілепсії (відзначено у 42 % зареєстрованих хворих), наступна за поширеністю – криптогенна 33% від всіх обстежених, на

останній позиції – ідіопатична, відмічена у 25 % обстежених (Рис. 3.4).

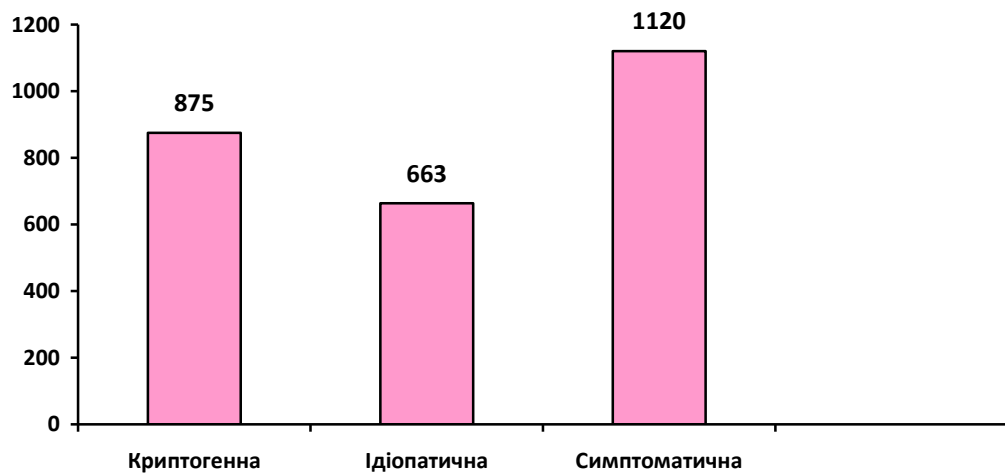


Рис.3.4 Форми епілепсії за даними реєстру

Серед усіх форм епілепсії привертає увагу саме спектр чинників симптоматичної форми. Електронна система реєстру надає можливість реєструвати декілька факторів симптоматичної епілепсії в одного хворого, що робить можливим визначення всього етіологічного діапазону. Щодо спектра чинників симптоматичної епілепсії, то на Харківщині превалюють черепно-мозкова травма (ЧМТ) та інсульт – 15 % та 12 % відповідно від загальної кількості зареєстрованих хворих, далі за частотою йдуть інфекції центральної нервової системи (ЦНС) – 9 %, зі значним відривом менше зустрічаються випадки епілепсії внаслідок судинних мальформацій та пухлин – по 3% кожний (Рис. 3.5).

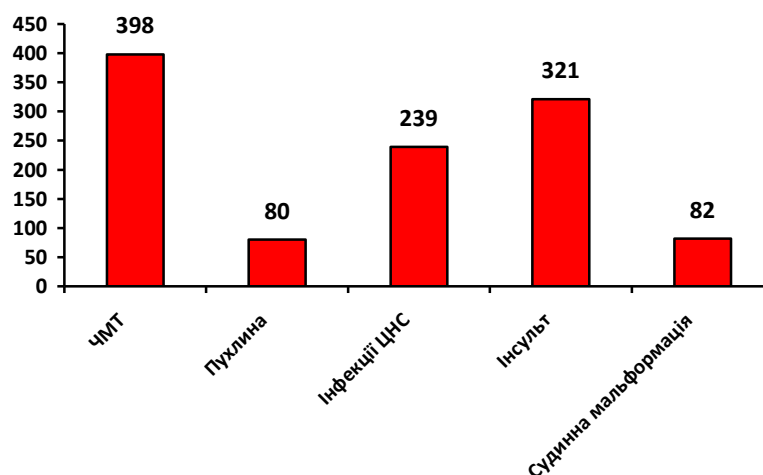


Рис. 3.5 Розподіл кількості чинників симптоматичної форми епілепсії в Харківському регіоні

Наступне питання дослідження полягало в аналізі лікарських призначень препаратів для лікування епілепсії в м. Харкові та Харківській області в період 2021-2025 рр. Згідно з даними реєстру у Харківському регіоні превалюють призначення карбамазепіну (32%), далі препарати вальпроєвої кислоти (15,4%), потім — бензобарбітал (11,2%) (Рис. 3.6).

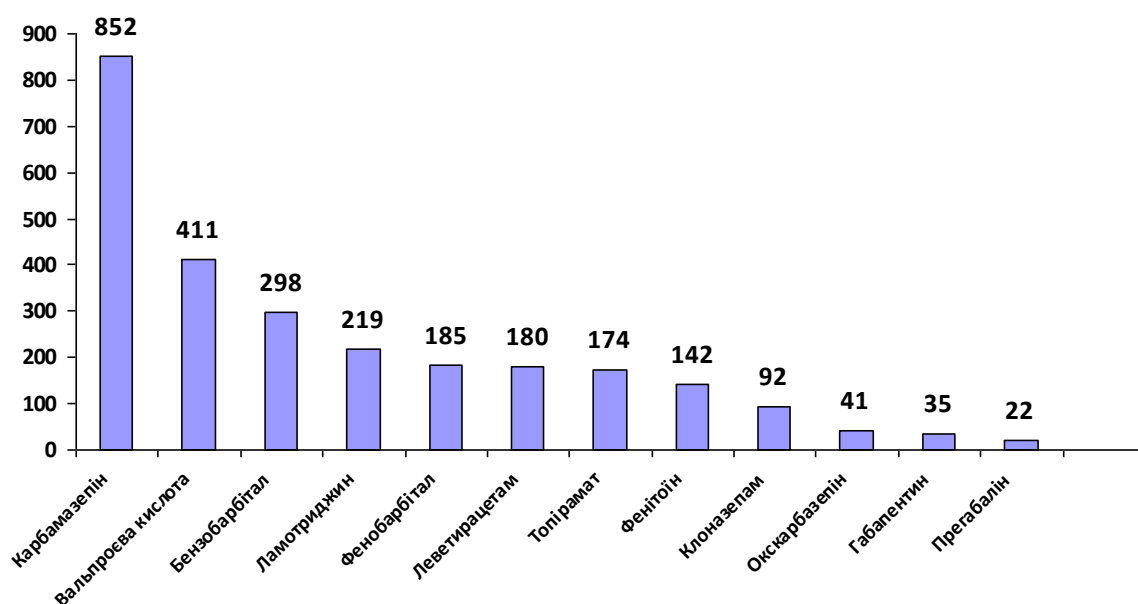


Рис. 3.6 Аналіз лікарських призначень препаратів для лікування епілепсії в м. Харкові та Харківській області

Обсяги призначення ламотриджину, фенобарбіталу, леветирацетаму, топірамату та фенитоїну сумарно склали 32,4 % та знаходилися майже на однакових позиціях за кількістю призначень. Незначне відставання демонструвало призначення препарату фенитоїн.

Таким чином, аналіз даних реєстру з урахуванням різноманіття нападів демонструє недостатньо вибіркоче лікування карбамазепіном у значної частини пацієнтів з епілепсією. Враховуючи спектр типів нападів та сучасні рекомендації, можна також зазначити, що частка призначень ламотриджину, леветирацетаму, окскарбазепіну, габапентину та прегабаліну в регіоні є недостатньою.

Аналізуючи застосування ПЕП у дорослих хворих на епілепсію в Харківському регіоні з'ясувалося, що найбільш затребуваним препаратом для лікування захворювання став карбамазепін. Достатньо високим є і відсоток призначень барбітуратів. Окрім того, зазначено суттєве зростання використання препаратів вальпроєвої кислоти, що підтверджує як її універсальність, так і високу ефективність для лікування епілепсії. При цьому слід наголосити, що відсоток хворих, які приймають препарати вальпроєвої кислоти залишається відносно невисоким, порівняно з даними інших країн [6, 7, 9]. Показовим є те, що всі препарати, які є лідерами за кількістю призначень, відносяться до ПЕП першого покоління. Водночас рівень призначень та застосування наступних поколінь ПЕП залишається незадовільно низьким.

Враховуючи особливості фармакокінетики, фармакодинаміки окремих ПЕП, їх вплив на активність мітосомальних ферментів печінки, характер викликаних НЛР, АЕП поділяють на 3 покоління (Табл. 3.1) [33].

Таблиця 3.1

ПЕП зареєстровані в Україні

МНН препарату	Кількість засобів
I покоління	
Карбамазепін	23
Вальпроєва кислота	13
Бензобарбітал	2
Фенобарбітал	5
Фенітоїн	1
II покоління	
Ламотриджин	42
Леветирацетам	40
Топірамат	12
Клоназепам	3
Оскарбазепін	4
Габапентин	14
III покоління	
Прегабалін	131

Такий результат може вказувати на низьку поінформованість фахівців щодо можливості їх застосування як при початковій терапії, так і в разі неефективності стартової монотерапії. Найбільший показник призначень продемонстрував ламотриджин. Слід також зауважити на зростанні кількості проданого леветирацетаму, яке свідчить про початкову тенденцію до значного збільшення прийому цього вкрай ефективного та безпечного ПЕП.

Отже, на підставі даних реєстру хворих на епілепсію в Харківській та продемонстровано, що терапія захворювання здійснюється широким спектром ПЕП, але, на жаль, зберігається тенденція до призначення застарілих протиепілептичних препаратів, що може призводити до

погіршення ефективності та безпеки лікування, а також прихильності до нього хворих. Незважаючи на позитивну динаміку щодо прийому більш сучасних препаратів, їхнє застосування залишається вкрай недостатнім.

Наступним кроком ми проаналізували динаміку створення електронних рецептів за даними Національної служби здоров'я України. Було проаналізовано динаміку створення електронних рецептів на лікарські засоби за МНН та групою захворювань «Психічні розлади. Епілепсія» за період з 2021 до 2025 рр. на всій території України (Рис. 3.7)

Загалом за зазначений період було створено 512734 рецептів. Найбільшу кількість рецептів створено на препарати карбамазепіну – 118 тис. Наступний за кількістю призначень – препарат ламотриджин, на який виписано 98 тис. рецептів. Даний препарат відноситься до ПЕП другого покоління. На третьому місці за кількістю електронних рецептів (47 тис.) знаходяться препарати вальпроєвої кислоти. Із значним відставанням за кількістю електронних рецептів знаходяться препарати Флуоксетин (13 тис. рецептів), Фенітоїн (3 тис. рецептів) та діазепам, який може використовуватися лише у комплексному лікуванні епілепсії (1 тис. рецептів). Дана динаміка призначень дещо відрізняється від призначень препаратів у Харківському регіоні, де на другому місці після ПЕП карбамазепіну знаходяться препарати вальпроєвої кислоти.

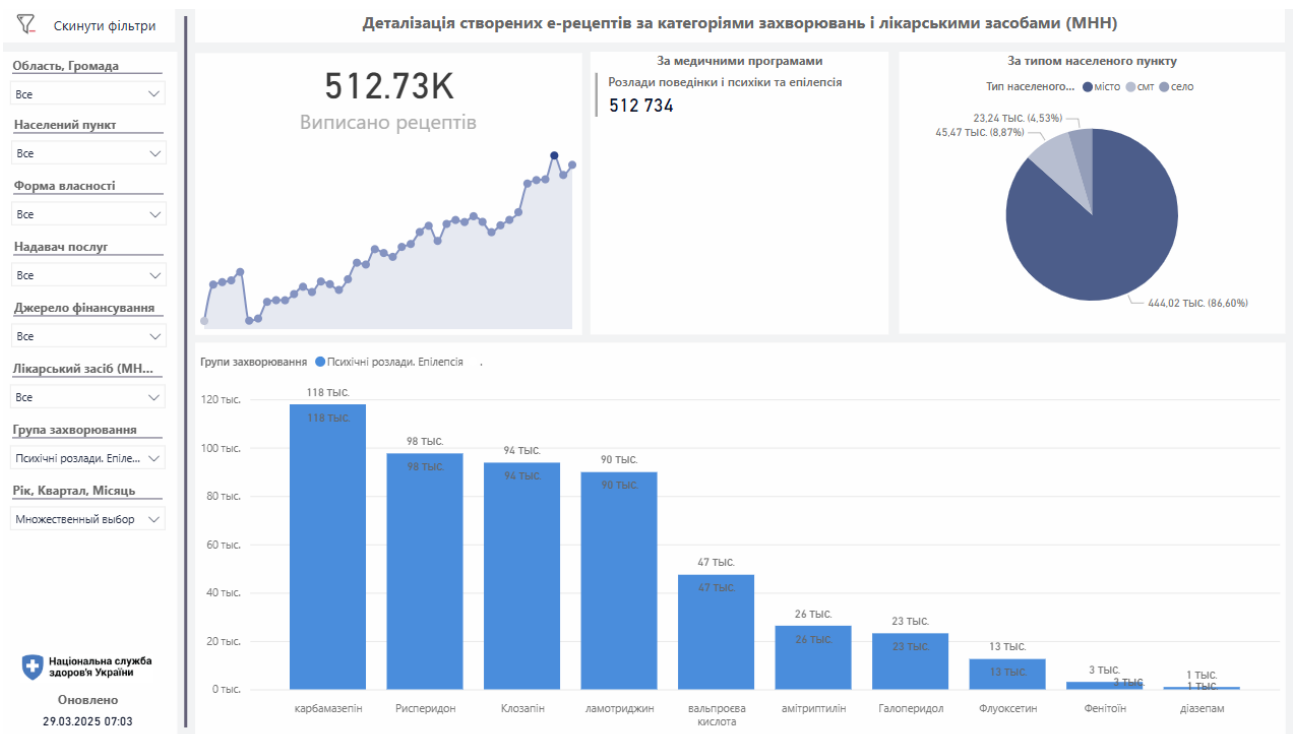


Рис. 3.7 Деталізація електронних рецептів та групою захворювань «Психічні розлади. Епілепсія»

3.2 Аналіз факторів, що впливають на призначення ПЕП

Аналізуючи отримані дані нам стало цікаво, які ще фактори, окрім показань за типом епілепсії, могли вплинути на вибір препаратів лікарями для призначення пацієнтам. Аналізуючи наукові публікації з фармакоекономічних досліджень, ми дійшли висновку, що економічна складова, а саме вартість препаратів, достатньо суттєво впливає на вибір лікарського засобу як самими пацієнтами при зверненні до аптеки, так і лікарями під час їх призначення [13, 20, 23].

Для перевірки цього висновку ми проаналізували вартість лікування ПЕП, які найчастіше призначалися лікарями за результатами нашого дослідження. Дані щодо вартості 28 денного курсу лікування наведено у таблиці 3.2

Таблиця 3.2

Вартість лікування ПЕП

МНН	Торгівельна назва	Середня добова доза (згідно інструкції) для лікування, к-ть таблеток, шт.	Середня вартість таблетки грн.	Вартість курсу лікування, 28 діб, грн.
Карбамазепін	Карбамазепін, Дарниця табл. 200 мг	3	2,10	176,40
Вальпроат натрію	Депакін Ентерик табл. 300 мг	5	5,97	835,80
Ламотриджин	Ламотрин 100 табл.	2	8,83	494,48
Прегабалін	Прегабалін- Дарниця капс. 300 мг	1	23,9	669,2
Фенобарбітал	Фенобарбітал табл. 100 мг	4	1,80	201,6

В результаті проведеного аналізу встановлено, що найдорожчим виявився 28 денний курс лікування препаратом вальпроату натрію, найдешевшим – препаратом карбамазепіну (Табл. 3.2).

В ході виконання дослідження ми з'ясували, що до Реєстру ЛЗ, вартість яких підлягає відшкодуванню (Наказ МОЗ України від 27.10.2022 р. № 1931 «Про затвердження Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, станом на 20 жовтня 2022 року») із групи протиепілептичних засобів включено 27 препаратів, із них 2 вальпроєвої кислоти, 13-карбамазепіну та 12

ламотриджину [33]. Отже, одним з можливих критеріїв вибору для лікарів при призначенні препаратів пацієнтам може бути включення їх до програми реімбурсації, а саме препаратів карбамазепіну, вальпроєвої кислоти та ламотриджину. Тим більше, що ефективність препаратів першого (карбамазепін, натрію вальпроат, фенітоїну, етосуксимід) та наступних поколінь (ламотриджин, окскарбазепін, топірамат, габапентин, тіагабін, вігабатрин) за даним низки дослідників виявилася співставною і препарати відрізнялися переважно переносимістю. В той же час вартість лікування більш сучасними «новими» препаратами зазвичай є дорожчою [33]. Враховуючи отримані результати можна зробити висновок, що економічна складова могла вплинути на вибір препарату для призначення протиепілептичної терапії.

Наступною важливою характеристикою препарату для лікування епілепсії є його безпека. Тобто відсутність серйозних побічних ефектів, небезпечних взаємодій та токсичних впливів на організм. Згідно даних літератури встановлено, що переважна кількість повідомлень про побічні реакції ПЕП стосувалась карбамазепіну ($\approx 60\%$) та прегабаліну ($\approx 22\%$). На долю вальпроату натрію та ламотриджину приходить $\approx 8\%$, габапентину – $\approx 3\%$, решта $\approx 8\%$ припадає на інші ПЕП. Усі зареєстровані побічні дії ПЕП належали до передбачених реакцій [33].

Наступним кроком ми проаналізували протоколи лікування різних форм епілепсії, представлені у нормативних документах [31, 34, 37]. Результати наведені у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Протоколи лікування різних форм епілепсії

Форми епілепсії	Застосовувані ПЕП
Епілепсія з ізольованими генералізованими судомними нападами	Вальпроат, Карбамазепін (фінлепсін), Окскарбазепін, Леветірацетам, Ламотриджин (епіміл), Топірамат Фенобарбітал, Дифенін. При неефективності монотерапії переходять до політерапії: вальпроат з топіраматом, вальпроат з карбамазепіном.
Аутосомно-домінантна нічна лобна епілепсія	Карбамазепін, Окскарбазепін, Топірамат, Вальпроати При неефективності монотерапії переходять до політерапії: вальпроат з топіраматом, вальпроат з карбамазепіном або окскарбазепіном, карбамазепін або окскарбазепін з топіраматом.
Симптоматичні фокальні епілепсії	Карбамазепін, Окскарбазепін, Топірамат, Вальпроати, Леветірацетам, Барбітурати: фенобарбітал, гексамідин, бензонал, дифенін. Рідше застосовуються габапентин, прегабалін в складі комбінованої терапії. При неефективності монотерапії переходять до політерапії: вальпроат з топіраматом, вальпроат з карбамазепіном або окскарбазепіном, карбамазепін або окскарбазепін з топіраматом, топірамат або вальпроат з суксилепом (при псевдогенералізованих нападах). Можливі комбінації з ламотриджином, леветірацетамом.
Прогресуючі форми епілепсії з міоклонусом	Вальпроат, Бензодіазепіни (клобазам, клоназепам), Леветірацетам, Топірамат. При неефективності монотерапії переходять до політерапії: вальпроат з топіраматом, вальпроат з бензодіазепінами, вальпроати з леветірацетамом.

Проаналізувавши отримані дані ми виявили, що лікарські препарати вальпроєвої кислоти та карбамазепіну входять до протоколів лікування майже всіх типів епілепсії (карбамазепін зазвичай неефективний при абсансах (малих епілептичних нападах) та міоклонічних нападах). Вперше препарати вальпроєвої кислоти та карбамазепіну було впроваджено у клінічну практику ще наприкінці минулого сторіччя. Враховуючи те, що названі лікарські засоби достатньо широко досліджені та випробувані в клініці та гарно себе зарекомендували, вони і сьогодні успішно використовуються при лікуванні епілепсії. Саме широким колом показань, ефективністю, прогнозованістю фармакологічних ефектів та можливих проявів побічної дії, на нашу думку, пояснюється той факт, що вони займають лідируючі позиції при призначенні їх лікарями.

Висновки до розділу 3

При оцінці результатів дослідження матеріалів електронного реєстру «Реєстраційна карта пацієнта з епілептичними нападами» серед хворих на епілепсію на Харківщині превалюють призначення ПЕП першого покоління (карбамазепіну, вальпроєвої кислоти, бензобарбітал). Тоді як згідно даних Національної служби здоров'я України за зазначений період в Україні найбільшу кількість рецептів створено на препарати карбамазепіну, наступний за кількістю призначень – ламотриджин, а препарати вальпроєвої кислоти знаходяться лише на третьому місці. Переважна більшість препаратів, які є лідерами за кількістю призначень, відносяться до ПЕП першого покоління. Водночас рівень призначень та застосування більш сучасних ПЕП залишається на низькому рівні.

ВИСНОВКИ

В ході виконання кваліфікаційної роботи було вивчено літературні дані щодо клініко-фармакологічних аспектів застосування протиепілептичних препаратів, рекомендованих протоколів лікування різних типів епілепсії та повідомлень про побічні ефекти ПЕП.

При оцінці результатів дослідження матеріалів електронного реєстру «Електронна медична карта пацієнта» серед хворих на епілепсію на Харківщині серед нападів превалюють первинно-генералізовані судоми, симптоматична форма (49 % від загальної кількості зареєстрованих хворих). Серед етіологічних чинників на Харківщині превалюють черепно-мозкова травма (ЧМТ) та інсульт.

Згідно з даними реєстру на Харківщині превалюють призначення карбамазепіну (32%), далі препарати вальпроєвої кислоти (15,4%), потім – барбітурати (11,2%). Враховуючи спектр типів нападів та сучасні рекомендації, частка призначень нових препаратів в регіоні є недостатньою.

За даними Національної служби здоров'я України за період з 2021 до 2025 рр. за групою захворювань «Психічні розлади. Епілепсія» на всій території України було створено 512734 рецептів. Найбільшу кількість рецептів створено на препарати карбамазепіну – 118 тис. Наступний за кількістю призначень – препарат ламотриджин, на який виписано 98 тис. рецептів. Даний препарат відноситься до ПЕП другого покоління. На третьому місці за кількістю електронних рецептів (47 тис.) знаходяться препарати вальпроєвої кислоти. Така динаміка призначень дещо відрізняється від призначень препаратів у Харківському регіоні, де на другому місці після ПЕП карбамазепіну знаходяться препарати вальпроєвої кислоти.

Лікарські препарати вальпроєвої кислоти та карбамазепіну входять до протоколів лікування майже всіх типів епілепсії і сьогодні вони все ще займають лідируючі позиції при призначенні їх лікарями.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Berg A. T., Rychlik K. The course of childhood-onset epilepsy over the first two decades: a prospective, longitudinal study. *Epilepsia*. 2015. Vol. 56(1). P. 40–48.
2. Prevalence and incidence of epilepsy: A systematic review and meta-analysis of international studies / K. M. Fiest et al. *Neurology*. 2017. Vol. 88(3). P. 96–303.
3. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology / R. S. Fisher et al. *Epilepsia*. 2017. Vol. 58(4). P. 522–530.
4. Long-term prognosis of epilepsy, prognostic patterns and drug resistance: a population-based study / G. Giussani et al. *Eur. J. Neurol*. 2016. Vol. 23(7). P. 1218–1227.
5. Practice guideline summary: Sudden unexpected death in epilepsy incidence rates and risk factors: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society / C. Harden et al. *Neurology*. 2017. Vol. 88(17). P. 1674–1680.
6. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology / I. E. Scheffer et al. *Epilepsia*. 2017. Vol. 58(4). P. 512–521.
7. The incidence of SUDEP: A nationwide population-based cohort study / O. Sveinsson et al. *Neurology*. 2017. Vol. 89(2). P. 170–177.
8. Clinical utility of EEG in diagnosing and monitoring epilepsy in adults / W. O. Tatum et al. *Clin. Neurophysiol*. 2018. Vol. 129(5). P. 1056–1082. DOI: 10.1016/j.clinph.2018.01.019.
9. The primary prevention of epilepsy: A report of the Prevention Task Force of the International League Against Epilepsy / D. J. Thurman et al. *Epilepsia*. 2018. Vol. 59(5). P. 905–914.

10. Comparative analysis of approaches to pharmacotherapy for the treatment of epilepsy in Ukraine and the United Kingdom / A. V. Volkova et al. *Фармацевтичний часопис*. 2019. № 4. С. 81–88. DOI: [10.11603/2312-0967.2019.4.10700](https://doi.org/10.11603/2312-0967.2019.4.10700).

11. Дослідження показників захворюваності на епілепсію населення України на державному та регіональному рівні / А. В. Волкова та ін. *Соціальна фармація у охороні здоров'я*. 2023. Т. 5, № 4. С. 14–22. DOI: 10.24959/sphhcj.19.173.

12. Гайдай О. С. Епілепсія: лікування та діагностика. Вікові особливості. *Грааль науки*. 2024. Вип. 47. С. 800–803.

13. Протиепілептичні лікарські засоби як об'єкти національного фармацевтичного ринку. Повідомлення 2. Аналіз економічної доступності протиепілептичних лікарських засобів (на прикладі асортиментних пропозицій ТОП-3 оптових фармацевтичних підприємств України) / П. Генік та ін. *Annals of Mechnikov Institute*. 2023. № 4. Р. 103–110. DOI: [10.5281/zenodo.10255880](https://doi.org/10.5281/zenodo.10255880).

14. Горанський І., Герцев В., Сергєєва М. Клінічні особливості лікування фокальної резистентної епілепсії. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2022. Т. 18. № 3. С. 30–38. DOI: [10.22141/2224-0713.18.3.2022.951](https://doi.org/10.22141/2224-0713.18.3.2022.951).

15. Дубенко А. Є., Сазонов С. О., Бабкіна Ю. А. Застосування протиепілептичних препаратів для лікування епілепсії в Україні за даними електронного реєстру. *NewroNews*. 2018. № 1. Р. 10–14.

16. Епілепсії. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Київ, 2014. 98 с. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_276_akn_epilepsiya.pdf (дата звернення: 20.01.2025).

17. Ємельянова О. І., Карпюк У. В., Чолак І. С. Лікарські рослини в фітотерапії епілепсії. *Planta+*. *Досягнення та перспективи* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., присвяч. пам'яті д-ра хім. наук, проф. Ніни Павлівни Максютіної (до 95-річчя від дня народж.). Київ, 2020. С. 216–220.

18. Капталан А. О. Патогенетичні особливості формування, перебігу і лікування посттравматичної епілепсії в умовах клініки та експерименту : дис. ... канд. мед. наук : 14.03.04. Одеса, 2021. 204 с.

19. Кожина Г., Стрельнікова І., Хаустов М. Особливості корекції афективних розладів у хворих на епілепсію (терапія, реабілітація, профілактика). *Медицина сьогодні і завтра*. 2021. Т. 90, № 1. С. 52–61. DOI: [10.35339/msz.2021.90.01.06](https://doi.org/10.35339/msz.2021.90.01.06).

20. Комарницька А. Оцінка клініко-економічної ефективності протиепілептичних лікарських засобів за умов включення до Державного формуляру України : кваліфікаційна робота. Харків, 2024. 75 с.

21. Дубенко А. Є. А. с. Комп'ютерна програма електронний реєстр «Реєстраційна карта пацієнта з епілептичними нападами». № 69866 ; опубл. 28.04.2017.

22. Копйова Н. В., Колесниченко О. О. Основні засоби лікування епілепсії, алгоритми вибору антиепілептичних препаратів. *Health Education*. 2024. № 4. Р. 13–19.

23. Коробова Є. С., Яковлев О. О. Аналіз асортименту лікарських препаратів для лікування епілепсії на фармацевтичному ринку України. *Modern science: innovations and prospects : The 8 th International scientific and practical conference, May 1-3, 2022. Stockholm, 2022*. Р. 141.

24. Літовченко Т. А., Літовченко А. В. Роль вірусних енцефалітів у розвитку епілептичних нападів і епілепсії. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2021. Т. 17, № 2. С. 64–71.

25. Літовченко Т. А. Диференційна діагностика епілепсії та рухових порушень. *Український медичний часопис*. 2020. Т. 135, № 1. С. 2–6.

26. Мар'єнко Л. Б. Деякі практичні аспекти призначення першої монотерапії дорослим пацієнтам із епілепсією. *Український медичний часопис*. 2021. Т. 143, № 3. С. 2–5.

27. Мар'єнко Л. Б., Літовченко Т. А., Дубенко А. Є. Нові класифікації епілепсії та епілептичних нападів: шляхи впровадження в Україні. *НейроNews*. 2018. Т. 94, № 1. Р. 14–18.

28. Мар'єнко Л. Б. Сучасні погляди на лікування епілепсії у пацієнтів із цереброваскулярними та серцево-судинними захворюваннями. *НейроNews*. 2021. № 1. Р. 18–24.

29. Мар'єнко Л. Б. Фармакорезистентна епілепсія: огляд існуючих і нових методів лікування. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2023. Т. 19, № 3. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/52858> (дата звернення: 20.01.2025).

30. Мерзлікін С. І., Кучер Т. В., Журавель І. О. Інформаційний огляд небезпечних наслідків застосування ламотриджину. *Фармакологія та лікарська токсикологія*. 2012. Т. 28, № 3. С. 3–9.

31. Купко Н. Настанови щодо лікування епілепсії у дорослих і педіатричних пацієнтів. *НейроNews*. 2021. Т. 126, № 5. Р. 49–58.

32. Некрасова Н. О., Смалько Є. О. Нейроцистицеркоз як причина симптоматичної епілепсії: клінічний випадок. *Теоретичні та прикладні аспекти фундаментальних медико-біологічних наук* : матеріали Всеукр. студент. наук.-практ. конф., м. Львів, 18 трав. 2023 р. Львів, 2023. С. 237–239.

33. Сєдоволоса Н. Аналіз побічних реакцій антиконвульсантів, що зареєстровані у м. Харкові та Харківській області : кваліфікаційна робота. Харків, 2023. 44 с.

34. Застосування протиепілептичних препаратів для лікування епілепсії в Україні за даними електронного реєстру / А. Є. Дубенко та ін. 25 квітня 2018. URL: <https://health-ua.com/article/36746-zastosuvannya-protiepileptichnih-preparatv-dlya-lkuvannya-epleps-v-ukran-za-> (дата звернення: 20.01.2025).

35. Стасенко Т. Епілепсія: сучасна експертна думка щодо лікування та діагностики. *Український медичний часопис*. 2017. № 3. С. 67–68.

36. Статистичний портрет дорослого пацієнта з епілепсією / А. Є. Дубенко та ін. *Український вісник психоневрології*. 2019. Т 27, вип. 4(101). С. 10–15.

37. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги епілепсії у дорослих : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.04.2014 р. № 276. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0276282-14#Text> (дата звернення: 20.01.2025).

38. Харитонов В. І. Аналіз емоційного стану хворих на епілепсію з депресіями в інтеріктальному періоді. *Український вісник психоневрології*. 2019. Т. 27, № 3. С. 53–56.

39. Шпак Т. Клініко-фармакологічні аспекти раціонального застосування протиепілептичних засобів для лікування епілепсії : кваліфікаційна робота. Харків, 2023. 78 с.

ДОДАТКИ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ
НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

МАТЕРІАЛИ
XXXI МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ

23–25 квітня 2025 року
м. Харків

Харків
НФаУ
2025

УДК 615.1

Редакційна колегія: проф. Котвіцька А. А., проф. Владимірова І. М.

Укладачі: Сурікова І. О., Боднар Л. А., Комісаренко М. А., Комісарова Є. Є.

Актуальні питання створення нових лікарських засобів: матеріали XXXI міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених та студентів (23-25 квітня 2025 р., м. Харків). – Харків: НФаУ, 2024. – 515 с.

Збірка містить матеріали міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених та студентів «Актуальні питання створення нових лікарських засобів, які представлені за пріоритетними напрямками науково-дослідної роботи Національного фармацевтичного університету. Розглянуто теоретичні та практичні аспекти синтезу біологічно активних сполук і створення на їх основі лікарських субстанцій; стандартизації ліків, фармацевтичного та хіміко-технологічного аналізу; вивчення рослинної сировини та створення фітопрепаратів; сучасної технології ліків та екстемпоральної рецептури; біотехнології у фармації; досягнень сучасної фармацевтичної мікробіології та імунології; доклінічних досліджень нових лікарських засобів; фармацевтичної опіки рецептурних та безрецептурних лікарських препаратів; доказової медицини; сучасної фармакотерапії, соціально-економічних досліджень у фармації, маркетингового менеджменту та фармакоекономіки на етапах створення, реалізації та використання лікарських засобів; управління якістю у галузі створення, виробництва й обігу лікарських засобів; суспільствознавства; фундаментальних та мовних наук.

УДК 615.1

© НФаУ, 2025

Продовження додатку А

Секція 8 «ФАРМАКОЛОГІЯ, ФАРМАКОТЕРАПІЯ,
КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ ТА КЛІНІЧНА КОСМЕТОЛОГІЯ»

рідше викликає побічні реакції. Dysport характеризується більш швидким початком дії, тоді як Botox має більш прогнозовану тривалість ефекту. За результатами систематичних оглядів і метааналізів, понад 90 % пацієнтів залишаються задоволеними результатами ботулінотерапії. Побічні ефекти, як правило, є тимчасовими та незначними — найчастіше повідомляється про головний біль, локальні гематоми, легку асиметрію м'язів, які минають без втручання протягом декількох днів.

З огляду на високий рівень задоволеності пацієнтів, мінімальні ризики та прогнозовані результати, ботулінотерапія залишається одним із найбільш затребуваних і обґрунтованих методів у сучасній естетичній медицині.

Висновки. Таким чином, аналіз наукових джерел підтверджує доцільність використання ботулотоксину типу А як ефективного, безпечного та широко застосовуваного засобу в естетичній медицині для тимчасової корекції мімічних зморшок. Подальші дослідження доцільно спрямувати на вдосконалення індивідуальних схем дозування, вивчення довгострокової безпеки та розробку комбінованих протоколів із іншими косметологічними процедурами.

КЛІНІКО-ФАРМАКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИЕПІЛЕПТИЧНИХ ЗАСОБІВ

Колісник К.В., Карабут Л.В., Матвійчук О.П.

Науковий керівник: Матвійчук А.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

matviychukelen@gmail.com

Вступ. Епілепсія є однією з найпоширеніших неврологічних хвороб у світі, яка вражає приблизно 1% населення. В Україні кількість пацієнтів з епілепсією сягає близько 100 тисяч осіб, серед яких значний відсоток становлять діти. Захворюваність на епілепсію залишається стабільно високою, що створює потребу в ефективній та доступній терапії. У 2014 році Міністерство охорони здоров'я України затвердило уніфіковані клінічні протоколи для лікування епілепсії у дорослих та дітей, що базуються на сучасних міжнародних рекомендаціях. Ці протоколи передбачають використання протиепілептичних препаратів, таких як карбамазепін, окскарбазепін, ламотриджин, леветирацетам, топірамат, зонізамід та габапентин для лікування фокальних нападів. Однак, впровадження нових стандартів стикається з певними викликами, зокрема через обмежений доступ до сучасних препаратів, високу вартість та недостатню реімбурсацію доступ пацієнтів до новітніх ліків обмежений. Нерідко пацієнтам призначають застарілі препарати, які мають більше побічних ефектів та гіршу переносимість у порівнянні з новітніми ліками. Через війну ускладнилося і постачання ліків, що змушує пацієнтів змінювати терапію або використовувати менш ефективні аналоги. Стресові фактори та травматичні ураження головного мозку внаслідок бойових дій збільшують кількість нових випадків епілепсії. Враховуючи вищезазначене, особливої актуальності набуває необхідність в оновленні знань медичного персоналу, забезпечені безперервної освіти лікарів та фармацевтів щодо сучасних методів діагностики та лікування епілепсії. Для покращення ситуації важливо продовжувати адаптацію міжнародних рекомендацій до українських реалій, забезпечувати доступність сучасних ліків та підвищувати кваліфікацію медичних працівників у сфері епілептіології. Отже, продовження наукових

XXXI Міжнародна науково-практична конференція молодих вчених та студентів
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ»

досліджень з питань фармакотерапії епілепсії дозволить підвищити ефективність лікування хворих та запобігти розвитку ускладнень внаслідок нераціонального застосування протиепілептичних препаратів.

Мета дослідження. Вивчення сучасних напрямків фармакотерапії епілепсії на основі аналізу баз даних анонімної деперсоніфікованої реєстрації хворих «Електронний реєстр «Реєстраційна карта пацієнта з епілептичними нападами» та «Національна служба здоров'я України» щодо деталізації виписаних електронних рецептів на протиепілептичні засоби в Харківській області за період 2021-2025 рр.

Матеріали та методи. У роботі проведене дослідження з використанням електронного реєстру хворих на епілепсію в м. Харкові та Харківській області «Реєстраційна карта пацієнта з епілептичними нападами». Зазначений реєстр було створено у 2015 році. Особливістю цього реєстру є набагато більш детальний аналіз кожного клінічного випадку, ніж в офіційній статистиці Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ). За допомогою даного реєстру є можливість визначити статистичні особливості маніфестації, перебігу та лікування епілепсії, які не входять до офіційної статистики.

Результати дослідження. Аналізуючи застосування ПЕП у дорослих хворих на епілепсію в Харківському регіоні з'ясувалося, що найбільш затребуваним препаратом для лікування захворювання став карбамазепін. Достатньо високим є і відсоток призначень барбітуратів. Окрім того, зазначено суттєве зростання використання препаратів вальпроєвої кислоти, що підтверджує як її універсальність, так і високу ефективність для лікування епілепсії. При цьому слід наголосити, що відсоток хворих, які приймають препарати вальпроєвої кислоти залишається відносно невисоким, порівняно з даними інших країн. Показовим є те, що всі препарати, які є лідерами за кількістю призначень, відносяться до ПЕП першого покоління. Водночас рівень призначень та застосування наступних поколінь ПЕП залишається незадовільно низьким. Такий результат може вказувати на низьку поінформованість фахівців щодо можливості їх застосування як при початковій терапії, так і в разі неефективності стартової монотерапії. Найбільший показник призначень продемонстрував ламотриджин. Слід також зауважити на зростанні кількості проданого леветирацетаму, яке свідчить про початкову тенденцію до значного збільшення прийому цього вкрай ефективного та безпечного ПЕП. Отже, на підставі даних реєстру хворих на епілепсію в Харківській та продемонстровано, що терапія захворювання здійснюється широким спектром ПЕП, але, на жаль, зберігається тенденція до призначення застарілих протиепілептичних препаратів, що може призводити до погіршення ефективності та безпеки лікування, а також прихильності до нього хворих. Незважаючи на позитивну динаміку щодо прийому більш сучасних препаратів, їхнє застосування залишається вкрай недостатнім.

Висновки. При оцінці результатів дослідження матеріалів електронного реєстру «Реєстраційна карта пацієнта з епілептичними нападами» серед хворих на епілепсію на Харківщині превалюють призначення ПЕП першого покоління. Лікарські препарати вальпроєвої кислоти та карбамазепіну входять до протоколів лікування майже всіх типів епілепсії і сьогодні вони все ще займають лідируючі позиції при призначенні їх лікарями.

XXXI Міжнародна науково-практична конференція молодих вчених та студентів
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ»

**СЕКЦІЯ 8. ФАРМАКОЛОГІЯ, ФАРМАКОТЕРАПІЯ, КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ ТА
КЛІНІЧНА КОСМЕТОЛОГІЯ
PHARMACOLOGY, PHARMACOTHERAPY, CLINICAL PHARMACY AND
CLINICAL COSMETOLOGY**

Братчикова П.О., Підгайна В.В., Карабут Л.В.; Н. к.: Матвійчук А.В.	250
Германова Д.С.; Н. к.: Штриголь С.Ю.	251
Главник В.А.; Н. к.: Жаботинська Н.В.	253
Горюнова І.О., Макарова В.Д.; Н. к.: Підгайна В.В.	254
Грива В.В., Отрішко І.А.; Н. к.: Ветрова К.В.	256
Гуліян К.Д.; Н. к.: Крисків О.С.	257
Гуторка М.О., Кирилов Д.К.; Н. к.: Штриголь С.Ю.	260
Карман Н.А.; Н. к.: Чеберніна І.О.	261
Касілова Ю.О.; Н. к.: Рябова О.О.	263
Колісник К.В., Карабут Л.В., Матвійчук О.П.; Н. к.: Матвійчук А.В.	264
Костін М.О.; Н. к.: Белік Г.В.	266
Кофанова С.В.; Н. к.: Рябова О.О.	267
Красна В.В.; Н. к.: Рябова О.О.	269
Кудінова О.М.; Н. к.: Панфілова Г.Л.	270
Майстрова Ю.В.; Н. к.: Попова І.А.	271
Майстрова Ю.В.; Н. к.: Рябова О.О.	273
Мовчан Ю.А.; Н. к.: Савохіна М.В.	274
Пікалова С.В., Щербак О.А.; Н. к.: Белік Г.В.	276
Рижук А.М.; Н. к.: Ветрова К.В.	277
Седих С.О.; Н. к.: Деримедвідь Л.В.	279
Середа Ю.Ю.; Н. к.: Савохіна М.В.	281
Споднікайло В.Б.; Н. к.: Таран А.В.	282
Стегнієнко К.Р.; Н. к.: Савохіна М.В.	284
Стельмах В.В., Отрішко І.А.; Н. к.: Ветрова К.В.	285
Чуфицький Є.О.; Н. к.: Деримедвідь Л.В.	287
Abdessalam Chkeirni; S. s.: Zhabotynska N.V.	289
Abdessamad Kinan; S. s.: Zhabotynska N.V.	290
Aslimi M.; S. s.: Ochkur O.V.	291
Chufytskyi Y.O.; S. s.: Derimedvid L.V.	291
Das S., Bobojonova S.D.; S. s.: Kholmatov J.A.	293
Kovalko M.V.; S. s.: Ryabova O.O.	294
Mallouki Ch.; S. s.: Ochkur O.V.	296
Najla Grine; S. s.: Zhabotynska N.V.	297

