

**СУЧАСНА КЛАСИФІКАЦІЯ ЕПІЛЕПСІЇ
ЗГІДНО З МІЖНАРОДНОЮ КЛАСИФІКАЦІЄЮ ХВОРОБ
11-го ПЕРЕГЛЯДУ ТА РЕКОМЕНДАЦІЯМИ
МІЖНАРОДНОЇ ПРОТИЕПІЛЕПТИЧНОЇ ЛІГИ**

***Методичні вказівки
для самостійної роботи здобувачів вищої освіти
та слухачів післядипломної освіти***

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

СУЧАСНА КЛАСИФІКАЦІЯ ЕПІЛЕПСІЇ
ЗГІДНО З МІЖНАРОДНОЮ КЛАСИФІКАЦІЄЮ ХВОРОБ
11-го ПЕРЕГЛЯДУ ТА РЕКОМЕНДАЦІЯМИ
МІЖНАРОДНОЇ ПРОТИЕПІЛЕПТИЧНОЇ ЛІГИ

Методичні вказівки
для самостійної роботи здобувачів вищої освіти
та слухачів післядипломної освіти

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 9 від 24.09.2026.

Харків
ХНМУ
2026

Сучасна класифікація епілепсії згідно з міжнародною класифікацією хвороб 11-го перегляду та рекомендаціями міжнародної протиепілептичної ліги : метод. вказ. для самостійної роботи здобувачів вищої та слухачів післядипломної освіти / упоряд. О. Ю. Сухоносова, Т. А. Літовченко, О. Л. Тондій та ін. Харків : ХНМУ, 2026. 32 с.

Упорядники	О. Ю. Сухоносова
	Т. А. Літовченко
	О. Л. Тондій
	С. М. Коренєв
	О. П. Завальна
	В. А. Флоріян

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВАОЗ	– Всесвітня асамблея охорони здоров'я
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ДНК	– дезоксирибонуклеїнова кислота
ЕЕГ	– електроенцефалографія
ІС	– з порушеною свідомістю
МА	– міоклонічні абсанси
МКХ	– Міжнародна класифікація хвороб
МКХ-10	– Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
МКХ-11	– Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду
МОЗ України	– Міністерство охорони здоров'я України
МПА	– міоклонія повік / без абсансу
МПЕЛ	– Міжнародна протиепілептична ліга
МРТ	– магнітно-резонансна томографія
Н	– невизначено фокальні чи генералізовані
РС	– зі збереженою свідомістю
СІЕС	– синдром інфантильних епілептичних спазмів
ТА	– типові абсанси
ЦНС	– центральна нервова система
АА	– атипові абсанси
AS	– абсанси
BTC	– білатеральні тоніко-клонічні
BTCS	– білатеральні тоніко-клонічні з фокальним початком
CNS	– central nervous system
DNA	– deoxyribonucleic acid
EEG	– electroencephalography
F	– фокальні
FAS	– фокальні зі збереженою свідомістю
FIAS	– фокальні з порушеною свідомістю
FICS	– фокальні з переходом у білатеральні тоніко-клонічні
Focal	– фокальні (англ.)
GA	– генералізовані атонічні
GC	– генералізовані клонічні
GEMA	– міоклонія повік / без абсансу
GES	– генералізовані епілептичні спазми
GMA	– генералізовані міоклоніко-атонічні

GM	– генералізовані міоклонічні
GNM	– генералізований негативний міоклонус
GT	– генералізовані тонічні
GTC	– генералізовані тоніко-клонічні
ICD	– International Classification of Diseases
ICD-10	– International Classification of Diseases 10th Revision
ICD-11	– International Classification of Diseases 11th Revision
IESS	– infantile epileptic spasms syndrome
ILAE	– International League Against Epilepsy
MoH of Ukraine	– Ministry of Health of Ukraine
MRI	– magnetic resonance imaging
SUDEP	– sudden unexpected death in epilepsy
TSC	– tuberous sclerosis complex
U	– unknown (невизначені)
WHA	– World Health Assembly
WHO	– World Health Organization

ЗАВДАННЯ ДЛЯ ПЕРВИННОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ

1. Дайте визначення епілепсії [1, 2, 4, 6].
2. Які класифікації епілепсії існують [1–4, 12]?
3. Яка діюча класифікація епілепсії в Україні [1–4, 12]?
4. Що таке Міжнародна класифікація хвороб [1–4, 12]?
5. Які особливості класифікації епілепсії згідно з МКХ-11 [1–7, 12]?
6. Які особливості класифікації епілепсії згідно з Міжнародною протиепілептичною лігою [1, 2, 5–8, 12]?
7. Яка класифікація епілептичних нападів існує [1, 2, 5–8, 11, 12]?
8. Які версії класифікації епілептичних нападів існують [7–12]?
9. Яка семіологія епілептичних нападів [7–12]?
10. Яка різниця між класифікацією епілептичних нападів 2017 та 2025 рр. [7–12]?

ВСТУП

Класифікація хвороб – це система, яка систематизує різні захворювання в певні групи або категорії на основі спільних ознак, таких як причини, симптоми, механізми розвитку чи ураження органів. Вона дозволяє стандартизувати підходи до вивчення різних захворювань, що забезпечує порівнянність результатів досліджень на міжнародному рівні. Класифікація дозволяє ефективно реєструвати, систематизувати та аналізувати дані про захворюваність і смертність у різних країнах і регіонах, що важливо для глобальних досліджень і епідеміологічних спостережень. Використання класифікації допомагає створювати відповідні норми, правила та нормативи для надання медичної допомоги, а також визначати індикатори її якості. Завдяки класифікації фахівці можуть удосконалювати методи лікування та діагностики, орієнтуючись на сучасний рівень медичних знань і практик. Таким чином, класифікація хвороб є основою для стандартизації медичних підходів, моніторингу здоров'я на глобальному рівні та підвищення якості медичних послуг.

Епілепсія є однією з найпоширеніших хвороб у світі, тому знання та застосування новітніх класифікацій епілепсії є важливим інструментом для підвищення якості діагностики, лікування і профілактики цього захворювання, а також для розвитку медичної науки [1, 2]. У 2017 р. Міжнародна протиепілептична ліга (МПЕЛ) запропанувала нову систему класифікації нападів та епілепсії, оновлену у 2021 та 2025 рр., а Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) опублікувала у 2018 р., а у 2019 р. затвердила 11-й перегляд Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) зі значними змінами у класифікації

епілепсії та нападів. Крім того, Наказом МОЗ України від 23.04.2025 № 703 затверджено Операційний план переходу на Міжнародну класифікацію хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) на 2025–2026 рр. Повний перехід на використання МКХ-11 у медичній практиці в Україні заплановано з 1 січня 2027 р. [1–4].

Метою даних вказівок є ознайомлення з класифікацією епілепсії згідно з МКХ-11, узагальнення кодів МКХ-10 та МКХ-11 для епілепсії та нападів, зіставлення кодів епілепсії між цими двома версіями, обговорення зв'язку МКХ-11 з переглянутою термінологією та концепціями класифікації нападів та епілепсії МПЕЛ, а також її потенційний вплив на клінічну допомогу, спостереження, охорону здоров'я та дослідження.

Міжнародна класифікація хвороб

Однією з найбільш відомих класифікацій є Міжнародна класифікація хвороб (МКХ), англійською використовується термін International Classification of Diseases (ICD). МКХ включає десятки тисяч кодів, що охоплюють усі відомі захворювання та їх різні форми. Міжнародна класифікація хвороб є стандартною для всього світу методикою збору даних про смертність та захворюваність, що дозволяє оптимальним методом кодувати та статистично обробляти медичну інформацію. Також вона дозволяє організовувати процеси управління охороною здоров'я, перерозподіл фінансових та інших ресурсів, оптимізувати наукові дослідження, збирати та враховувати епідеміологічну інформацію, сприяти покращенню медико-санітарної допомоги первинної ланки, регулювати питання профілактики та лікування, допомагаючи отримувати уявлення про ситуацію в галузі здоров'я в окремих країнах, різних групах населення, вікових шарах тощо [1, 3–5].

МКХ має колосальну значущість завдяки забезпеченню загальної мови звітування та моніторингу захворювань для всього світу. МКХ сприяють зіставленню даних у всьому світі, полегшуючи обмін інформацією стандартизованим способом між окремими лікарнями, населеними пунктами та цілими країнами. Також МКХ спрощує збирання та зберігання інформації з метою подальшої обробки, статистичного аналізу та вироблення методів вирішення різних питань охорони здоров'я [3].

МКХ-11 – одинадцятий перегляд Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям. Розроблена ВООЗ. 11-й перегляд було розпочато у 2007 р. та був необхідний «для врахування досягнень у сфері медицини, науки та інформаційних технологій». Бета-версія МКХ-11 була підготовлена до травня 2012 р., до кінця 2015 р. було запропоновано понад 5 000 змін до неї, проєкт планували представити в Токіо в жовтні 2016 р. Для

кожної нозологічної форми вказані етіологія, симптоми, діагностичні критерії, вплив на повсякденне життя і вагітність, а також принципи лікування. Підготовча версія (для подання асамблеї та переклади на національні мови) була офіційно випущена 18 червня 2018 р. МКХ-11 була представлена на 144-му засіданні Виконавчої ради у січні 2019 р. і затверджена в рамках 72-ї сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (ВАОЗ) у травні 2019 р. Перехід на нову класифікацію рекомендований ВООЗ із 1 січня 2022 р., перехідний період продовжено до 2027 р. На думку ВООЗ, країни не зразу перейдуть на нього через підготовку фахівців і через те, що деякі країни досі використовують МКХ-9 [2, 3].

На даний момент чинною версією є МКХ-10, з офіційного виходу якої минуло понад 30 років.

МКХ-11 було адаптовано відповідно до нової класифікації епілепсії МПЕЛ. Під час підготовки до перегляду кодів епілепсії МКХ для МКХ-11 відразу стало вочевидь, що потрібен компроміс між структурою найновішої класифікації епілепсії МПЕЛ (інструмент, який зосереджується на необхідності представлення всіх різновидів захворювання на користь практикуючим лікарям та дослідникам) та переглянутими кодами МКХ (структуровані так, щоб зберегти мету ВООЗ щодо визначення тягара захворювання з точки зору частоти, причинно-наслідкового зв'язку, ускладнень, смертності та витрат).

Згідно з МПЕЛ, епілепсія вважається захворюванням, яке проявляється схильністю до повторних нападів. Однак велика частина нападів у всьому світі виникає в контексті гострих неврологічних станів, таких як інфекція центральної нервової системи (ЦНС), запалення та травма, які не входять у визначення епілепсії.

Таким чином, для адекватної всебічної оцінки загального тягара захворювання для ВООЗ необхідно враховувати як судомні напади, так і епілепсію. Хоча МПЕЛ вимагає чіткого розмежування між хворобою (тобто епілепсією) та її симптомами (тобто судомні напади), обидва мають бути частиною різних класифікацій після завершення діагностичного процесу; ВООЗ має погодитися з обмеженнями класифікації випадків через відмінності в доступності технологій та досвіду в кожній окремій країні. ВООЗ узгодила нові коди МКХ-11 зі структурою нової класифікації ILAE, включаючи епілептичні синдроми та етіологію, а також коди, пов'язані з нападами, тобто гострі симптоматичні напади, епілептичний статус і напади ускладнень, включаючи раптові несподівані напади, смерть при епілепсії.

Коди хвороб МКХ-11

МКХ-11 містить 28 класів хвороб. Хвороби нервової системи знаходяться у 8-му розділі.

08 – Хвороби нервової системи. Діагноз містить 29 уточнюючих діагнозів.

Опис діагнозу: це група станів, що характеризуються ураженням нервової системи або торкаються нервової системи.

Епілепсія або епілептичні напади знаходяться у 4-му підрозділі хвороб нервової системи. *Опис діагнозу:* як мінімум 2 неспровоковані (або рефлексорні) напади, що виникли з інтервалом більше 24 год. Діагноз виключає 1 позицію: непритомність (MG45).

Діагноз містить 13 уточнюючих діагнозів:

8A60 – Епілепсія внаслідок структурних або метаболічних розладів або хвороб (Epilepsy due to structural або metabolic conditions or diseases).

Містить 14 уточнюючих діагнозів. Опис діагнозу: епілепсія, що виникає у зв'язку з певними структурними або метаболічними змінами або хворобою, які відомі своїм зв'язком зі значно підвищеним ризиком розвитку епілепсії.

Діагноз із кодом 8A60 містить 14 уточнюючих діагнозів:

8A60.0 – Епілепсія внаслідок пренатального або перинатального ураження головного мозку (Epilepsy due to prenatal or perinatal brain insults). *Опис діагнозу:* епілепсія, що виникає у зв'язку з певними структурними або метаболічними змінами або хворобою, які відомі своїм зв'язком зі значно підвищеним ризиком розвитку епілепсії, з ураженням, що виникає до народження [пренатально] або між 22 тижнем гестації та 7 днем після народження. Початок епілепсії може бути в дитинстві або дорослому віці.

Діагноз виключає 1 позицію: неонатальні судоми (KB06).

Діагноз із кодом 8A60.0 містить 4 уточнюючі діагнози:

8A60.00 – Епілепсія внаслідок пренатального або перинатального судинного ураження головного мозку.

8A60.01 – Епілепсія внаслідок неонатальної гіпоксично-ішемічної енцефалопатії.

8A60.0Y – Епілепсія внаслідок іншого пренатального або перинатального ураження головного мозку.

8A60.0Z – Епілепсія внаслідок неуточненого пренатального або перинатального ураження головного мозку.

8A60.1 – Епілепсія внаслідок цереброваскулярних розладів.

8A60.2 – Епілепсія внаслідок дегенеративних розладів головного мозку.

8A60.3 – Епілепсія внаслідок деменцій.

8A60.4 – Епілепсія внаслідок інфекцій або інвазій центральної нервової системи.

Включено: Епілепсія внаслідок паразитарних хвороб.

8A60.5 – Епілепсія внаслідок травм голови.

8A60.6 – Епілепсія внаслідок пухлин нервової системи.

8A60.7 – Епілепсія внаслідок мезіального темпорального склерозу.

8A60.8 – Епілепсія внаслідок імунних розладів.

8A60.9 – Епілепсія внаслідок порушень розвитку головного мозку.

8A60.A – Епілепсія внаслідок генетичних синдромів із поширеними або прогресуючими наслідками.

8A60.B – Епілепсія внаслідок розсіяного склерозу або інших демієлінізуючих розладів.

8A60.Y – Епілепсія внаслідок інших структурних або метаболічних розладів або хвороб.

8A60.Z – Епілепсія внаслідок неуточнених структурних або метаболічних розладів або хвороб.

8A61 – Генетичні або, ймовірно, генетичні синдроми, які переважно проявляються епілепсією Genetic or presumed genetic syndromes primarily expressed as epilepsy.

Опис діагнозу: епілепсія, що є прямим наслідком відомого чи передбачуваного генетичного дефекту (або дефектів), у якому епілептичні напади є ключовим симптомом розладу.

Діагноз із кодом 8A61 містить 7 уточнюючих діагнозів:

8A61.0 – Генетичні епілептичні синдроми з неонатальним початком Genetic epileptic syndromes with neonatal onset. *Опис діагнозу:* епілепсія, що виникає в перші 30 днів життя в результаті відомого або передбачуваного генетичного дефекту (або дефектів), при якому епілептичні напади є ключовими симптомами розладу.

Діагноз виключає дві позиції: Неонатальні судоми (KB06), Епілепсія внаслідок пренатального або перинатального ураження головного мозку (8A60.0).

Діагноз із кодом 8A61.0 містить 3 уточнюючі діагнози:

8A61.00 – Піридоксаль-залежна епілепсія.

8A61.0Y – Інші уточнені генетичні епілептичні синдроми з неонатальним початком.

8A61.0Z – Генетичні епілептичні синдроми з неонатальним початком, неуточнені.

8A61.1 – Генетичні епілептичні синдроми з початком у дитинстві Genetic epileptic syndromes with onset in infancy. *Опис діагнозу:* включає широкий спектр фенотипів, яких поєднує наявність генетичного фону та початок у дитинстві. Вони відрізняються від доброякісних самокупуючихся до важких лікарсько-резистентних синдромів. Наявність епілепсії в сімейному анамнезі є типовим за одних синдромів і винятковим за інших.

Діагноз із кодом 8A61.1 містить 5 уточнюючих діагнозів:

8A61.10 – Доброякісна сімейна дитяча епілепсія.

8A61.11 – Синдром Драве.

8A61.12 – Епілепсія дитинства з мігруючими фокальними нападами.

8A61.1Y – Інші уточнені генетичні епілептичні синдроми з початком у дитинстві.

8A61.1Z – Генетичні епілептичні синдроми з початком у дитинстві, неуточнені.

8A61.2 – Генетичні епілептичні синдроми з початком у дитячому віці –

Genetic epileptic syndromes with childhood onset.

Діагноз із кодом 8A61.2 містить 6 уточнюючих діагнозів:

8A61.20 – Доброякісна епілепсія дитячого віку з центрально-скроневиими спайками.

8A61.21 – Дитяча абсансна епілепсія.

8A61.22 – Епілепсія з міоклонічно-астатичними нападами.

8A61.23 – Міоклонічні абсанси або абсанси з міоклоніями.

8A61.2Y – Інші уточнені генетичні епілептичні синдроми з початком у дитячому віці.

8A61.2Z – Генетичні епілептичні синдроми з початком у дитячому віці, неуточнені.

8A61.3 – Генетичний епілептичний синдром із початком у підлітковому або дорослому віці – Genetic epileptic syndrome with adolescent or adult onset.

Опис діагнозу: включає широкий ряд епілептичних синдромів, що мають (імовірно) генетичну природу, з початком у підлітковому чи дорослому віці. Розвиток зазвичай нормальний. У сімейному анамнезі часто є епілепсія. Фокальні та генералізовані напади присутні найчастіше ізольовано один від одного, відповідно до діагностичних категорій, і рідко – у комбінації. На інтеректальній та іктальній ЕЕГ можуть реєструватися типові, іноді патогномонічні патерни. Результати нейровізуалізаційних досліджень нормальні, незважаючи на епізодичні повідомлення про виявлені фокальні зміни.

Діагноз із кодом 8A61.3 містить 5 уточнюючих діагнозів:

8A61.30 – Ювенільна міоклонічна епілепсія.

8A61.31 – Ювенільна абсансна епілепсія.

8A61.32 – Доброякісна сімейна міоклонічна епілепсія дорослих.

8A61.3Y – Інший уточнений генетичний епілептичний синдром із початком у підлітковому або дорослому віці.

8A61.3Z – Генетичний епілептичний синдром із початком у підлітковому або дорослому віці, неуточнений.

8A61.4 – Генетичні епілептичні синдроми з початком у різному віці – Genetic epileptic syndromes with variable age of onset. *Опис діагнозу:* епілепсії, що виникають у решти здорової дитини або дорослої. Приступи можуть виникати спонтанно або спровоковані зовнішніми стимулами. Епілептичні напади нерідко є в сімейному анамнезі, що часто зустрічається при окремих епілептичних синдромах. Генетичні аспекти можуть відрізнятися у широкому діапазоні, від складних спадкових патернів до класичного менделівського успадкування або точкових дефектів.

Діагноз із кодом 8A61.4 містить 4 уточнюючі діагнози:

8A61.40 – Рефлекторні епілепсії.

8A61.41 – Прогресуюча міоклонічна епілепсія.

8A61.4Y – Інші уточнені генетичні епілептичні синдроми з початком у різному віці.

8A61.4Z – Генетичні епілептичні синдроми з початком у різному віці, неуточнені.

8A61.Y – Інші уточнені генетичні або, ймовірно, генетичні синдроми, які переважно проявляються епілепсією.

8A61.Z – Генетичні або, ймовірно, генетичні синдроми, які переважно проявляються епілепсією, неуточнені.

8A62 – Епілептичні енцефалопатії – Epileptic encephalopathies.

Опис діагнозу: епілепсії, при яких не може бути визначена точна етіологія, або які виникають за наявності двох або більше незмінних структурних або метаболічних порушень, що підвищують ризик виникнення епілептичних нападів. Епілептична активність сама по собі може сприяти розвитку когнітивних і поведінкових порушень більш тяжких, ніж можна було б очікувати за наявності тільки патології, що лежить в основі епілепсії.

Діагноз із кодом 8A62 містить 5 уточнюючих діагнозів:

8A62.0 – Інфантильні спазми.

8A62.1 – Синдром Леннокса–Гасто.

8A62.2 – Придбана епілептична афазія.

8A62.Y – Інші уточнені епілептичні енцефалопатії.

8A62.Z – Епілептичні енцефалопатії, неуточнені.

8A63 – Напад внаслідок гострих захворювань – Seizure due to acute causas. Виключено: напади, спровоковані мігренозною аурою (8A80.3).

Опис діагнозу: приступ, що виникає під час системного захворювання або безпосереднього тимчасового зв'язку з документально підтвердженим ураженням головного мозку.

Діагноз із кодом 8A63 містить 3 уточнюючі діагнози:

8A63.0 – Фебрильні судоми – Febrile seizures.

Опис діагнозу: приступи, пов'язані з підвищенням температури тіла за відсутності внутрішньочерепної інфекції, метаболічних порушень або афебрильних нападів в анамнезі. Найчастіше вони виникають у дітей віком між 6 міс та 5 роками.

8A63.00 – Прості фебрильні судоми.

8A63.01 – Складні фебрильні судоми.

8A63.0Y – Інші уточнені фебрильні судоми.

8A63.Y – Напад внаслідок іншого гострого захворювання.

8A63.Z – Напад внаслідок неуточненого гострого захворювання.

8A64 – Поодинокий напад через віддалені причини.

8A65 – Поодинокий неспровокований напад.

8A66 – Епілептичний статус – Status epilepticus.

Опис діагнозу: епілептичний статус визначають як тривалі 5 хв або більше (і) безперервні клінічні та / або електрографічні прояви нападу або (ii) прояви нападу, що повторюються, без відновлення (повернення до вихідного стану) між нападами.

Діагноз із кодом 8A66 містить 4 уточнюючі діагнози:

8A66.0 – Судомний епілептичний статус.

8A66.1 – Безсудомний епілептичний статус.

Опис діагнозу: безсудомний епілептичний статус визначають як тривалі 5 хв або більше (і) безперервні клінічні та / або електрографічні прояви нападу або (ii) прояви нападу, що повторюються, без відновлення (повернення до вихідного стану) між нападами.

Діагноз із кодом 8A66.1 містить 3 уточнюючі діагнози:

8A66.10 – Епілептичний статус абсансів.

8A66.1Y – Інший уточнений безсудомний епілептичний статус.

8A66.1Z – Безсудомний Епілептичний Статус, Неуточнений.

8A66.Y – Інший уточнений епілептичний статус.

8A66.Z – Епілептичний статус, неуточнений.

8A67 – Серійні напади.

8A68 – Типи нападів.

Виключено: дисоціативний розлад із неврологічними симптомами, з неепілептичними судомами (6B60.4), неонатальні судоми (KB06).

Діагноз із кодом 8A68 містить 10 уточнюючих діагнозів:

8A68.0 – Фокальні напади з порушенням свідомості.

8A68.1 – Абсанси, атипові.

8A68.2 – Абсанси, типові.

8A68.3 – Фокальні напади без порушення свідомості.

8A68.4 – Генералізовані тоніко-клонічні напади.

8A68.5 – Генералізований міоклонічний напад.

8A68.6 – Генералізований тонічний напад.

8A68.7 – Генералізований атонічний напад.

8A68.Y – Інший уточнений тип нападів.

8A68.Z – Тип нападів, не уточнений.

MH15 – Раптова смерть пацієнтів з епілепсією.

KB06 – Неонатальні судоми.

Виключено: Доброякісна сімейна неонатальна епілепсія (8A61.0), Епілепсія внаслідок пренатального або перинатального судинного ураження головного мозку (8A60.00).

8A6Y – Інші уточнені епілепсії або епілептичні напади.

8A6Z – Епілепсія або епілептичні напади, не уточнені.

Для переходу від МКБ-10 до МКБ-11, а також для пошуку зворотних відповідей, Всесвітня організація охорони здоров'я забезпечує підтримку таблиць відповідності кодів.

Сервіс *mkb11.online* вміє знаходити та показувати відповідність кодів МКБ-10 та МКБ-11 в режимі онлайн. Наприклад, G40-Епілепсія згідно з МКХ-10 конвертується у 8A6Z – Епілепсія або епілептичні напади, не уточнені згідно з МКХ-11 [6].

Класифікація епілепсії Міжнародної протиепілептичної ліги

МПЕЛ у 2017 р. оновила класифікацію епілепсій із метою відображення поглибленого розуміння епілепсій та механізмів їх розвитку відповідно до основних наукових досягнень, які відбулися з моменту затвердження попередньої класифікації в 1989 р. Оновлена класифікація була розроблена з кількох важливих причин. Вона дозволяє більш чітко розрізняти різні типи епілепсії та епілептичних нападів, вводить більш конкретні категорії, що дають змогу лікарям точніше визначити тип епілепсії, що важливо для вибору найбільш ефективного лікування. Розвиток нейробіології та генетики епілепсії привів до нових відкриттів про природу захворювання. Оновлена класифікація враховує ці нові знання і дозволяє включати генетичні та молекулярні фактори, що допомагають краще зрозуміти етіологію епілепсії та підходи до її лікування. Оскільки епілепсія має глобальний характер, нова класифікація була розроблена таким чином, щоб її могли використовувати лікарі та дослідники з різних країн. Це важливо для порівняння статистичних даних, ефективності лікування та розвитку міжнародних досліджень. Також система класифікації створена для покращення обміну інформацією між лікарями, дослідниками та іншими медичними працівниками. Це забезпечує більшу узгодженість у використанні термінів і категорій, що важливо для ефективного спілкування та спільних досліджень [1, 7].

Таким чином, нова класифікація епілепсії створена для того, щоб надати медичному співтовариству більш точні інструменти для діагностики, лікування та дослідження епілепсії, а також сприяти покращенню якості медичної допомоги пацієнтам по всьому світу.

Класифікація включає три рівні, починаючи з типу нападів. Передбачається, що напади у пацієнта відповідають визначенню, наданому в новій класифікації нападів (МПЕЛ, 2017 р.). Після діагностики типу нападів наступним кроком є встановлення типу епілепсії (фокальна епілепсія, генералізована епілепсія, комбінована генералізована та фокальна епілепсія або неуточнена епілепсія). На третьому рівні визначається специфічний епілептичний синдром. Нова класифікація передбачає розгляд етіології на кожному етапі, що підкреслює важливість урахування цього фактора під час діагностики, оскільки це значним чином впливає на призначення лікування. Етіологічні чинники були розподілені на шість підгруп відповідно до їх потенційного значення для терапії (рис. 1) [7].



Рис. 1. Класифікація епілепсії (МПЕЛ, 2017)

Класифікація епілептичних синдромів була офіційно затверджена МПЕЛ у 2022 р. [8]. Цільова група ILAE з нозології та визначень надали епілептичному синдрому таке визначення: «характерний набір клінічних та електроенцефалографічних ознак, які часто підтримуються специфічними етіологічними чинниками (структурними, генетичними, метаболічними, імунними та інфекційними)». Під час діагностики епілептичного синдрому в пацієнта

з епілепсією зазвичай треба зважати на значення діагнозу для прогнозу та вибору лікування. Всі синдроми розділили на типовий вік дебюту та додатково охарактеризували їх на підставі типів нападів й епілепсії та зв'язку з розвитком енцефалопатії розвитку та / або епілептичною енцефалопатією чи прогресивним неврологічним дефіцитом. Епілептичні синдроми можна поділити на синдроми з: 1) генералізованими нападами; 2) фокальними нападами; 3) генералізованими та фокальними нападами; 4) і / або енцефалопатією розвитку та / або епілептичною енцефалопатією чи прогресивним неврологічним дефіцитом [8].

Таким чином, класифікація ILAE 2017 р. має певну гнучкість, щоб відобразити клінічну практику, і вона дозволяє клініцистам визначати епілепсію у найбільш клінічно відповідний спосіб. Організаційна структура не може бути лінійною, оскільки тип нападу таким чином не пов'язаний із синдромом чи етіологією. Крім того, один синдром може мати кілька генетичних або структурних етіологій, тоді як та сама генетична етіологія може стосуватися різних синдромів і типів нападів. Конкретним прикладом може бути немовля, яке має епілептичні спазми з клінічною та електроенцефалографічною (ЕЕГ) картиною, що визначає синдром Веста; магнітно-резонансна томографія (МРТ) може підтвердити структурну етіологію, таку як комплекс туберозного склерозу (TSC), а тест ДНК може виявити генетичний варіант TSC1ген. З іншого боку, у людини з ТСК можуть бути лише фокальні напади. Ця нелінійна структура відображає реальність багатьох взаємодіючих генетичних, структурних і етіологічних впливів на прояв епілептичних нападів [9, 10].

Класифікація епілептичних нападів

У 2025 р. МПЕЛ оновила операційну класифікацію епілептичних нападів, спираючись на концептуальну основу, запроваджену у 2017 р. Це переглянute положення, сформоване на основі практичного досвіду впровадження попередньої класифікації, було підготовлене робочою групою, призначеною Виконавчим комітетом МПЕЛ. До складу групи увійшли 37 фахівців з усіх регіонів, охоплених діяльністю Ліги. Оновлена класифікація зберігає поділ епілептичних нападів на чотири основні категорії: фокальні, генералізовані, невідомого походження (чи то фокального, чи генералізованого) та некласифіковані [11, 12].

Це оновлення має на меті підвищення точності, клінічної значущості та міжнародної придатності класифікації для ефективного використання у науковій, медичній та освітній практиці. Таксономічні принципи класифікації розрізняють класифікатори, що відображають біологічні класи та безпосередньо впливають на клінічне ведення пацієнтів, і дескриптори, які вказують на інші важливі характеристики нападів. Фокальні напади та напади невідомого походження додатково класифікуються відповідно до стану свідомості пацієнта під час

нападу – порушеної чи збереженої, що визначається шляхом клінічної оцінки усвідомлення та реакції на зовнішні стимули.

Операційна класифікація типів епілептичних нападів, розроблена МПЕЛ, була опублікована у 2017 р. У завершальній частині документа було зазначено, що її практичне застосування впродовж кількох років, ймовірно, вимагатиме незначних змін та уточнень. МПЕЛ активно сприяла впровадженню класифікації 2017 р., що викликало жваві дискусії в міжнародній епілептологічній спільноті. У 2023 р. Виконавчий комітет МПЕЛ призначив робочу групу з метою оцінити застосування класифікації нападів 2017 р. в реальних клінічних умовах і надати рекомендації щодо коригувань, зберігаючи при цьому її основну структуру. Базова організація класифікації 2017 р. є результатом еволюції первинної моделі, запропонованої ще у 1981 р., з наступними етапами вдосконалення. Її головна мета – створення спільної мови та стандартизованих визначень для клінічної практики.

Основна структура класифікації епілептичних нападів збережена. Основні класи нападів включають: фокальні, генералізовані, невідомо – фокальні чи генералізовані, а також некласифіковані.

На *рис. 2* і *3* зображено базову та розширену класифікації нападів, а в *табл. 1* подано таксономічну ієрархію класифікації.

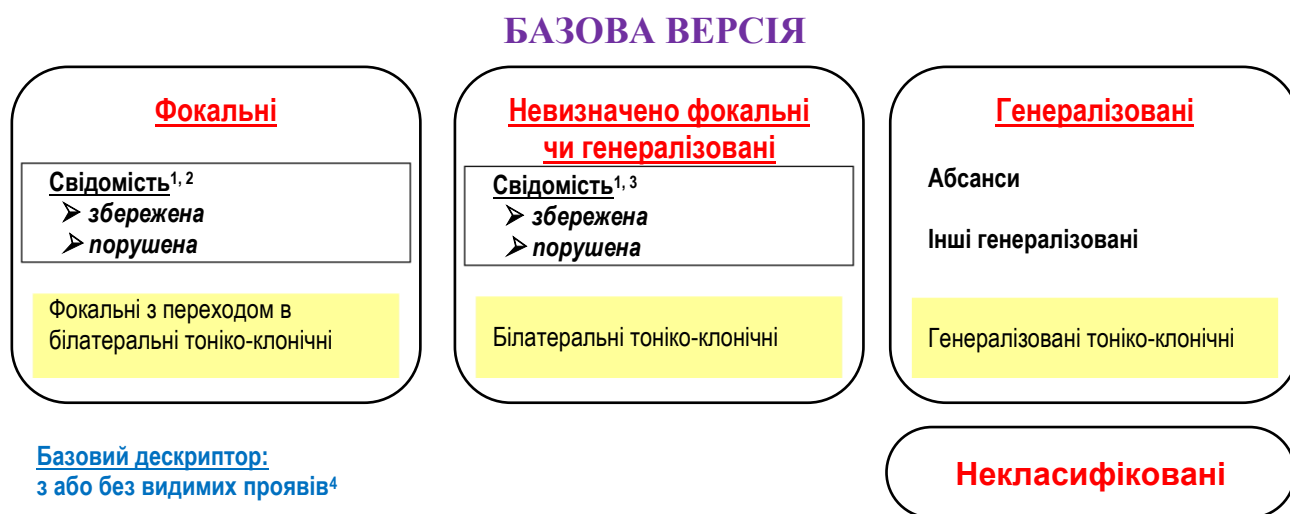


Рис. 2. Базова версія оновленої класифікації нападів

Примітка:

- 1 – Оперативно визначається усвідомленістю та аналізом відчуттів.
- 2 – Коли стан свідомості невідомий, класифікувати як вогнищевий (без уточнення підкласифікації).
- 3 – Якщо стан свідомості невідомий, класифікуйте як невідомий, вогнищевий чи генералізований (без уточнення підкласифікації).
- 4 – Спостережувані прояви легко розпізнаються очевидцем. Вони можуть бути моторними, афатичними, вегетативними або іншими (*табл. 2*). Порушення свідомості кваліфікується як спостережуваний прояв.

Основні класи позначені **червоним**, типи нападів – **чорним**, дескриптори – **блакитним** кольорами. **Жовтий фон** на рисунку підкреслює, що білатеральні тоніко-клонічні напади – найбільш пов'язані з високим рівнем захворюваності та смертності – можуть траплятися в усіх трьох основних класах нападів.

РОЗШИРЕНА ВЕРСІЯ

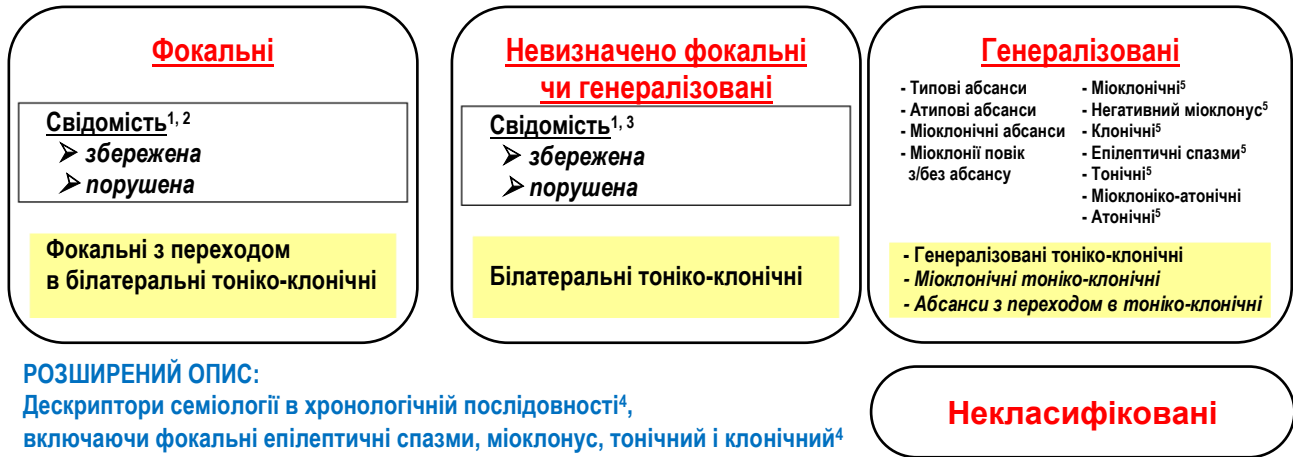


Рис. 3. Розширена версія оновленої класифікації нападів:

Примітка:

1. Оперативно визначається усвідомленістю та аналізом відчуттів.
 2. Коли стан свідомості невідомий, класифікувати як вогнищевий (без уточнення підкласифікації).
 3. Якщо стан свідомості невідомий, класифікуйте як невідомий, вогнищевий чи генералізований (без уточнення підкласифікації).
 4. Описано з використанням термінів у семіологічному глосарії ILAE (табл. 2).
 5. Ці явища можуть виникати також у фокальних нападах (зазвичай односторонніх або асиметричних) як частина симптомів фокального нападу.
- Основні класи позначені **червоним**, типи нападів – **чорним**, дескриптори – **блакитним** кольорами шрифту. **Жовтий фон** підкреслює, що білатеральні тоніко-клонічні напади – пов'язані з найвищим рівнем захворюваності та смертності – можуть виникати в усіх трьох основних класах нападів. Хоча ці характеристики не включені формально до класифікації нападів, вони є важливими для клінічної практики та досліджень.
- У базовій версії класифікації нападів генералізовані напади поділяються на абсанси, генералізовані тоніко-клонічні напади та інші генералізовані напади. Остання категорія є групувальним терміном, а не визначеним поняттям.
- У схемах, що ілюструють класифікацію нападів, тоніко-клонічні напади розташовані в кінці кожної основної категорії: фокальні до білатеральних тоніко-клонічних нападів, генералізовані тоніко-клонічні напади, білатеральні тоніко-клонічні напади невідомого походження (чи є вони фокальними чи генералізованими). Це розташування підкреслює ці типи нападів, які пов'язані з найвищою захворюваністю та смертністю, і є основним фактором ризику для раптової несподіваної смерті при епілепсії. У розширеній класифікації нападів перелічені всі типи генералізованих нападів (рис. 3 та табл. 1).

Класифікатори визначають типи нападів і розглядаються як біологічні категорії, що мають безпосередній вплив на ведення пацієнта – вони допомагають у встановленні діагнозу синдрому, прийнятті терапевтичних рішень і прогнозуванні перебігу захворювання.

Дескриптори натомість – це важливі клінічні характеристики нападів, які разом з іншими клінічними даними та методами дослідження опосередковано впливають на ведення пацієнта. Дескриптори мають ключове значення для клінічних рішень, а в певних клінічних контекстах можуть суттєво впливати на вибір терапії (наприклад, епілептичний спазм або міоклонус у контексті фокального нападу).

Фокальні напади визначаються як такі, що виникають у межах нейрональних мереж, обмежених однією півкулею мозку. Вони можуть мати чітку локалізацію або бути більш широко розповсюдженими і походити як з кортикальних, так і

з підкоркових структур. Для кожного типу нападу початок (іктальний початок) є стабільним від одного нападу до іншого, з характерними шляхами поширення, які можуть залучати протилежну (контралатеральну) півкулю. У деяких випадках може бути кілька нейрональних мереж і кілька типів нападів, але кожен окремий тип нападу має стале місце початку.

Таблиця 1

Таксономічна ієрархія класифікації епілептичних нападів

1. Фокальні (Ф) (F) 1.1. <u>Фокальні зі збереженою свідомістю (ФЗС) (FPC)</u> 1.2. <u>Фокальні з порушеною свідомістю (ФПС) (FIC)</u> 1.3. <u>Фокальні з переходом в білатеральні тоніко-клонічні (білатеральні тоніко-клонічні з фокальним початком) (ФБТК) (EBTC)</u> Дескриптори (Визначення) - Базисні: - З видимими проявами - Без видимих проявів - Розширені: - Дескриптори семіології в хронологічній послідовності: Семіологія (глосарій^a) + Соматотопічні модифікатори
2. Невизначено фокальні чи генералізовані (Н) (U) 2.1. <u>Невизначено фокальні чи генералізовані зі збереженою свідомістю (ЗС) (PC)</u> 2.2. <u>Невизначено фокальні чи генералізовані з порушеною свідомістю (ПС) (IC)</u> 2.3. <u>Невизначено фокальні чи генералізовані з переходом в білатеральні тоніко-клонічні (БТК) (BTC)</u> Дескриптори (Визначення) - Базисні: - З видимими проявами - Без видимих проявів - Розширені: - Дескриптори семіології в хронологічній послідовності: Семіологія (глосарій^a) + Соматотопічні модифікатори
3. Генералізовані (Г) (G) 3.1. <u>Абсанси (А) (S)</u> 3.1.1. <u>Типові абсанси (ТА) (TA)</u> 3.1.2. <u>Атипові абсанси (АА) (AA)</u> 3.1.3. <u>Міоклонічні абсанси (МА) (MA)</u> 3.1.4. <u>Міоклонія повік з/без абсансу (МПА) (EMA)</u> 3.2. <u>Генералізовані тоніко-клонічні (ГТК) (GTC)</u> 3.2.1. <u>Міоклонічні тоніко-клонічні</u> 3.2.2. <u>Абсанси з переходом в тоніко-клонічні</u> 3.3. <u>Інші генералізовані^b</u> 3.3.1. <u>Генералізовані міоклонічні (ГМ) (GM)</u> 3.3.2. <u>Генералізовані клонічні (ГК) (GC)</u> 3.3.3. <u>Генералізований негативний міоклонус (ГНМ) (GNM)</u> 3.3.4. <u>Генералізовані епілептичні спазми (ГЕС) (GES)</u> 3.3.5. <u>Генералізовані тонічні (ГТ) (GT)</u> 3.3.6. <u>Генералізовані атонічні (ГА) (GA)</u> 3.3.7. <u>Генералізовані міоклоніко-атонічні (ГМА) (GMA)</u> 4. Некласифіковані

Примітка:

Класифікатори подані чорним, а дескриптори – синім кольорами шрифту.

Основні класи виділено **жирним**, а типи нападів – підкресленням.

Наведені в оригінальному матеріалі МПЕЛ скорочення – **зеленим** кольором шрифту.

^a – Див. табл. 2 для семіологічних характеристик.

^b – Це групувальний термін, а не окреме визначення.

**Дескриптори для фокальних нападів та для нападів,
щодо яких невідомо, чи є вони фокальними чи генералізованими**

Соматотопічні модифікатори

Сторона (ліва, права, двостороння симетрична, двостороння асиметрична + частина тіла

Семіологічні ознаки

Категорія	Опис / Тип феномену
Соматотопічні модифікатори	Сторона: ліва / права / двобічна (симетрична або асиметрична; частина тіла.
1. ^a Первинні моторні феномени	Акінетичний. Астатичний. Атонічний. Клонічний. Дистонічний. Епілептичний ністагм. Епілептичний спазм. Морганія. Девіація очей. Обертальні рухи (гіроторні). Орієнтація голови. Екзальний парез. Міоклонічний. Міоклонічно-атонічний. Епілептичний негативний міоклонус. Тонічний (фокальний тонічний, <i>chapeau de gendarme</i> , фехтувальна поза). Тоніко-клонічний (<i>figure-of-four</i>). Версивний.
2. ^a Складні моторні феномени	Автоматизми: жестові (дистальні / проксимальні / геніальні), іквальне хапання, мімічні автоматизми) геластичні, лакррістичні), ороаліментарні, вербальні, голосові. Гіперкінетична поведінка.
3. ^b Сенсорні феномени	Аудіторні (слухові). Ілюзії сприйняття тіла. Деперсоналізація. Смакові. Нюхові. Соматосенсорні (болісні, безболісні). Вестибулярні / запаморочення. Зорові.
4. ^c Когнітивні та мовні феномени	Афазія, сплутаність / дезорієнтація, дисмнезія (амнезія, дежавю, жамевю, сновидне відчуття, ремінісценція), нав'язані думки, інші когнітивні порушення (анозогнозія, апраксія, ігнорування).
5. ^c Автономні феномени	Серцево-судинні: іквальна асистолія, брадикардія, тахікардія. Шкірні / терморегуляторні: почервоніння, піломоторна реакція, потовиділення. Епігастральні. Шлунково-кишкові: бурчання, газоутворення, гіперсаливація, нудота блювання, полідипсія, сіалорея, плювання. Зіничні реакції: міоз, мідріаз. Дихальні: апное, удушся, гіпервентиляція, гіповентиляція. Сечові: нетримання, позив до сечовипускання.
6. ^c Афективні (емоційні) феномени	Гнів, тривога, ейфорія / блаженство, страх, провина, веселощі, містичні переживання, смуток, сексуальні відчуття.
7 ^b Аура, яка не піддається опису	—
Постіквальні феномени	Автономні ознаки, сліпоту (геміанопсія, амавроз), сплутаність, головний біль, мовленнєві порушення, жест «втирає ніс». палінекусія, парез (Тодда), психіатричні ознаки, відсутність реакції

Примітка:

У разі виникнення під час нападу феноменів, не зазначених у наведеному вище переліку, їх слід додавати у вигляді вільного тексту. Обізнаність і здатність реагувати визначають рівень свідомості та, відповідно, є класифікуючими ознаками.

Усі позиції в цій таблиці мають визначення відповідно до глосарію семіології МПЕЛ.

^a – Спостережувані прояви.

^b – Неспостережувані прояви.

^c – Ймовірно спостережувані прояви

Фокальні з переходом у білатеральні тоніко-клонічні напади – це фокальні напади, під час яких іктальна активність поширюється на обидві півкулі, при цьому семіологія еволюціонує від порушення свідомості до її повної втрати та двобічної тонічної активації м'язів, за якою слідує клонічна фаза з поступовим зменшенням частоти скорочень, що зумовлено поступовим подовженням періодів «мовчання» (перерв) у тонічній м'язовій активності.

Генералізовані напади визначаються як такі, що виникають у певній точці нейрональної мережі та швидко залучають двобічно розподілені мережі, які можуть включати кортикальні та підкоркові структури, але не всю кору головного мозку. Початок нападу може виглядати локалізованим, а самі напади можуть бути асиметричними.

Коли наявна інформація дозволяє охарактеризувати певні аспекти нападу, але є недостатньою для чіткої класифікації як фокального або генералізованого, такі напади класифікують як невідомо – фокальні чи генералізовані.

У випадках, коли відсутня будь-яка інформація для характеристики нападу, але клініцист має впевненість, що подія є епілептичним нападом, її позначають як некласифіковану. Згодом, по мірі надходження додаткової інформації, такі напади можуть бути перекласифіковані як фокальні або генералізовані.

Фокальні напади та невизначено фокальні чи генералізовані напади додатково класифікують відповідно до стану свідомості пацієнта під час нападу: порушена свідомість або збережена. Якщо стан свідомості неможливо визначити, напад класифікується лише за загальною категорією (фокальний напад або напад невідомого походження). Свідомість операційно визначається як поєднання поінформованості (усвідомлення) та здатності реагувати на основі анамнестичних даних або поведінкового тестування, проведеного медичним персоналом. Ці операційні поняття пояснюють пацієнтам та їхнім опікунам як здатність запам'ятовувати та адекватно реагувати під час нападу. Замість загального запитання про свідомість доцільніше ставити конкретні запитання про здатність згадати події (усвідомлення) та рівень реакції (відповідність реакцій) під час нападу. Недостатня відповідь або суттєва затримка реакції, порівняно зі звичайним (інтеріктальним) станом пацієнта, вважається ознакою порушеної реактивності. Пацієнтам та їхнім близьким слід пояснити, що свідомість може бути порушеною навіть за відкритих очей і намагання взаємодіяти. У реальній клінічній практиці іноді доступна лише часткова інформація: або про усвідомлення, або про здатність реагувати. Якщо будь-який із цих параметрів порушений – напад класифікується як такий із порушенням свідомості. Необхідно бути обережними й враховувати можливість ізольованої епілептичної амнезії як причини відсутності згадування подій нападу, а також виключати іктальний парез або

іктальну рецептивну афазію як можливі причини відсутності реакцій, якщо це можливо. Напади з порушенням свідомості завжди передбачають наявність клінічно спостережуваних проявів.

Дескриптори можуть використовуватися для додаткової характеристики нападів. У базовій версії застосовується проста дихотомія: напади описують як такі, що мають видимі прояви, або як такі, що їх не мають.

Видимі прояви – це ознаки, які легко розпізнають очевидці. Вони є невід'ємними та можуть включати рухові, афатичні, автономні або інші симптоми (див. табл. 2). У розширеній версії напади описуються детально шляхом послідовного переліку семіологічних ознак (див. табл. 2), які виникають під час нападу у хронологічному порядку. Порядок ознак вказується стрілками, що відображають динаміку розвитку нападу (наприклад: епігастральна аура → автоматизм у правій руці → порушена реактивність + порушене усвідомлення). Усі пункти таблиці семіологічних характеристик (див. табл. 2) чітко визначені. Іктальна еволюція (послідовність розвитку ознак під час нападу) є надзвичайно цінною, оскільки може вказувати на конкретні синдроми, такі як епілепсія дитячого віку з мігруючими фокальними нападами, а також допомагає локалізувати коркові ділянки, що є джерелом нападів.

Зверніть увагу: розмовні терміни, що походять від семіології, такі як гіперкінетичні (або гіпермоторні) напади, фокальні спазми, фокальні міоклонічні напади, фокальні клонічні напади та фокальні тонічні напади – усі відносяться до фокальних нападів як основного типу. Дескриптори базуються на семіології нападів. Водночас визнається важливість інших клінічно значущих характеристик, таких як контекст виникнення (наприклад, рефлексорні або пов'язані зі сном напади) та анатомічна локалізація епілептогенної зони.

Зазначено, що генералізовані тоніко-клонічні напади можуть мати на початку міоклонічні посмикування або абсанси, і це розрізнення відображено в підтипах цього нападу. Якщо ці специфічні ознаки (міоклонічні посмикування або абсанс на початку) не спостерігаються, напад класифікується за основним терміном – генералізований тоніко-клонічний напад. Генералізований негативний міоклонус тепер визнаний окремим типом нападу, тоді як інші типи генералізованих нападів залишаються відповідно до класифікації 2017 р. Генералізовані тонічні напади можуть мати спочатку або супроводжуватися спазмами (розмовний термін – тонічні спазми), міоклонічними посмикуваннями (міоклонічно-тонічний напад) або гіперкінетичним нападом, що супроводжується спазмом (гіпермоторно-тонічні спазми). Хоча дослідження показують, що деякі з цих комбінацій типів нападів можуть бути важливими для синдромної діагностики (наприклад, гіпермоторно-тонічні спазми при дефіциті CDKL5), вони

ще формально не включені до класифікації нападів. Потрібні подальші дослідження для встановлення клінічного значення цих підтипів тонічних нападів.

Епілептичні спазми є важливим іквальним феноменом (див. табл. 2), їх раннє виявлення і точна класифікація є необхідними для оптимального лікування. Хоча спазми можуть бути генералізованими, фокальними або невідомо – фокальними чи генералізованими, найважливішим аспектом у немовлят є вчасне виявлення цього унікального типу нападу та початок специфічної терапії для спазмів, оскільки затримка може призвести до гірших результатів розвитку. Визначити, чи спазми є фокальними чи генералізованими, може бути складно (рис. 4) і потребує мультимодального підходу.

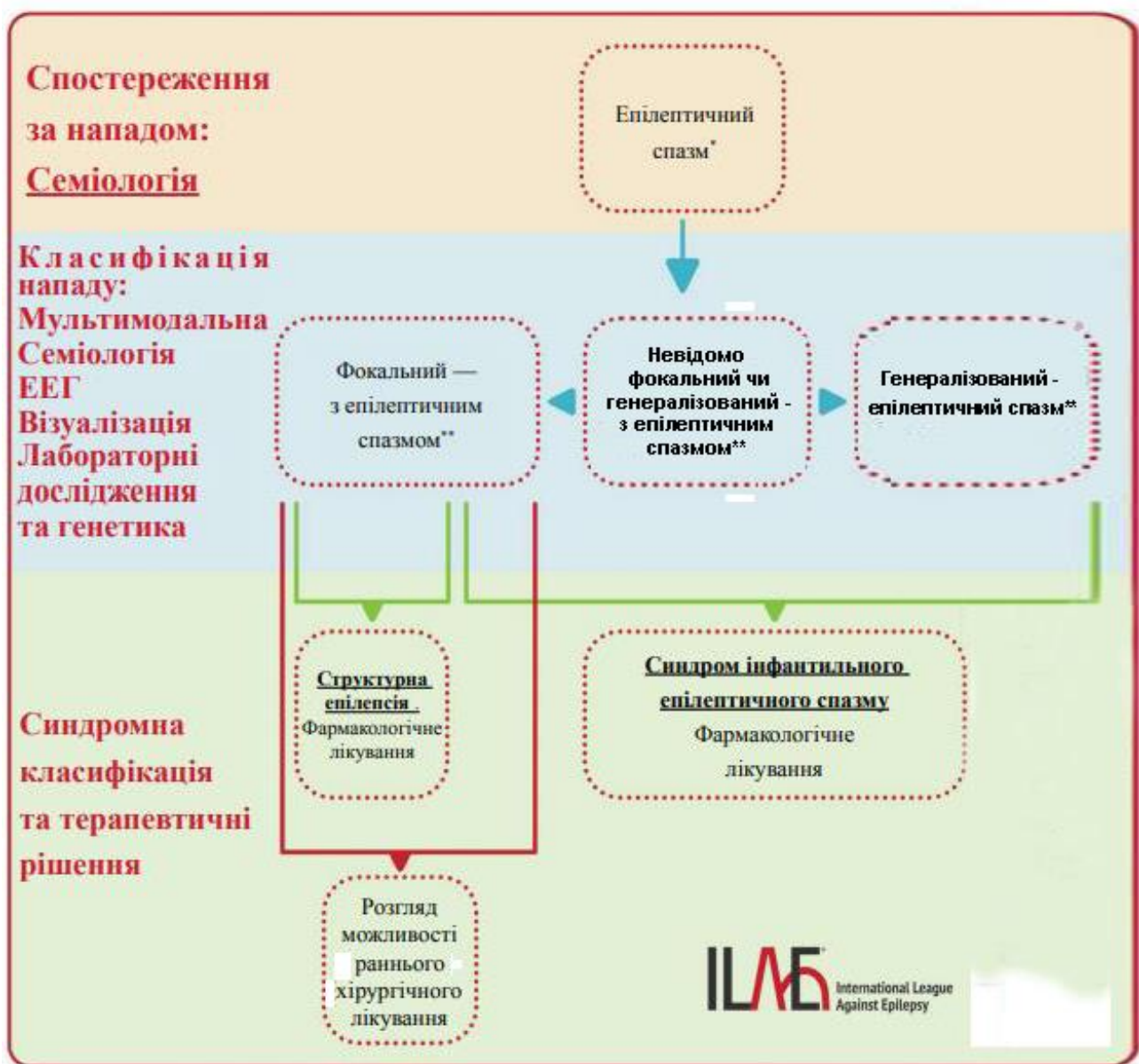


Рис. 4. Блок-схема ухвалення рішень для класифікації епілептичних спазмів та їх значущості для синдромальної діагностики й лікування.

Примітка: EEG – електроенцефалографія; * – семіологія; ** – тип нападу

У межах основного класу генералізованих нападів епілептичні спазми є класифікатором, що часто асоціюється із синдромом інфантильних епілептичних спазмів (CIEC). У класах фокальних та невідомо – фокальних чи генералізованих епілептичні спазми є дескриптором і тому описуються в рамках нападкової семіології (наприклад, фокальний епілептичний спазм). У контексті клінічних даних (включаючи вік початку) вони призводять до синдромологічної діагностики CIEC, і фармакологічне лікування, специфічне для цього синдрому, має бути розпочате без затримок. Крім того, у випадках фокальних епілептичних спазмів (однобічна або асиметрична семіологія) або коли інші дані, такі як нейровізуалізація, вказують на фокальне походження, слід розглянути раннє хірургічне лікування, особливо, якщо специфічна терапія спазмів не дала результатів (див. рис. 3). Епілептичні спазми також можуть виникати в старших вікових групах, поза межами CIEC, що призвело до зміни термінології з дитячих спазмів на епілептичні спазми. У цих випадках фармакологічне лікування відрізняється від лікування CIEC (рис. 4). Окрім епілептичних спазмів, інші рухові іктальні явища, включаючи міоклонус, клонус та тонічні м'язові скорочення, можуть виникати як під час генералізованих нападів (що визначають тип нападу), так і під час фокальних нападів, де вони зазвичай проявляються однобічно або асиметрично як частина фокальної нападкової семіології (рис. 3). Епілептичні напади класифікуються в межах таксономічної ієрархії, що включає основні класи та типи нападів (див. табл. 1).

Таблиця має на меті надати чіткі вказівки для електронних баз даних. Класифікація нападів включає чотири основні класи та 21 тип нападу, що є значним спрощенням порівняно з виданням 2017 р., яке включало 63 типи нападів. Оновлена класифікація зберігає гнучкість версії 2017 р. Класифікація індивідуального нападу може завершитися на будь-якому рівні ієрархічного дерева, і напади, що спочатку були позначені як невизначені або некласифіковані, можуть бути пізніше перерозподілені, коли нова інформація про напад стане доступною.

Хоча оновлена класифікація нападів надає значну увагу нападівій семіології і може бути застосована в умовах обмежених ресурсів, подібно до видання 2017 р., вона залишатиметься інтерпретаційною. Це дозволяє інтегрувати додаткові дані для визначення типів нападів. Відповідно до клінічної практики, рекомендується класифікувати напади, враховуючи всю доступну інформацію, включаючи семіологію та підтримуючі дані, такі як ЕЕГ, нейровізуалізація, лабораторні результати та генетичні дані [11, 12].

Таким чином, оновлена класифікація нападів дотримується тієї ж структури, що й редакція 2017 р., зберігаючи чотири основні класи. Крім типової класифікації фокальних та генералізованих нападів, із практичних міркувань додано ще два основні класи: невідомо – фокальні чи генералізовані (у випадках, коли не вдається провести диференціацію) та некласифіковані напади (тимчасовий клас, коли немає додаткової інформації про напад). Потреба в оновленні виникла на основі накопиченого досвіду застосування класифікації 2017 р. та повторного обговорення її серед міжнародної епілептологічної спільноти. Було очікувано, що версія 2017 р. потребуватиме коригування після впровадження в клінічну практику.

Особлива увага приділялася забезпеченню логічної цілісності та внутрішньої узгодженості класифікації. Відповідно до класичних принципів наукової таксономії були сформульовані чіткі правила класифікації на основі клінічних та концептуальних критеріїв. Ознаки, що мають прямий вплив на ведення пацієнта, визначено як класифікатори, інші характеристики нападу – як дескриптори. Вони були структуровані у відповідній таксономічній ієрархії, яка включає 4 основні класи та 21 тип нападу. Дескриптори впорядковано на двох рівнях: у базовій версії – за наявністю або відсутністю видимих іктальних проявів, у розширеній – за хронологічною послідовністю нападу. Вона розроблена так, щоб бути зрозумілою як для медичних працівників, так і для пацієнтів та їхніх родин. Основні зміни, внесені в оновлену класифікацію, узагальнено в *табл. 3*.

Із назв основних класів вилучено термін «початок» (*onset*), оскільки існують переконливі докази на користь фокального початку навіть у випадках генералізованих нападів. Назви класів тепер відповідають їхнім визначенням у документах МПЕЛ.

Свідомість класифікується за показниками збереження або порушення усвідомлення та здатності до реагування, що узгоджується з рекомендацією Глур «точно спостерігати та взаємодіяти з пацієнтом під час нападу». Дихотомію «моторний / немоторний» замінено на «видимі / невидимі прояви», що має більш практичне значення в умовах клінічних досліджень. У розширеній версії опис включає повну хронологічну послідовність нападу, а не лише початковий симптом. Такий підхід краще підходить для спеціалізованих умов, зокрема тривалого відео-ЕЕГ моніторингу та передопераційної оцінки. Термін «немоторний» вилучено з опису абсансів, оскільки під час них можуть спостерігатися рухові феномени (наприклад, міоклонічний абсанс, блефароміоклонії). Негативний міоклонус визнаний окремим типом нападу. У межах генералізованих нападів епілептичний спазм є окремим типом, тоді як

у фокальних і невідомих – вважається частиною семіології. Так само рухові прояви генералізованих нападів (міоклонічні, тонічні, атонічні) можуть бути елементами фокального нападу. Оновлена класифікація зберігає наступність із версією 2017 р., що дозволяє легко перекладати вже класифіковані напади в нову систему.

Наприклад, «порушення усвідомлення» тепер визначається як «порушення свідомості», а «руховий напад» – це «видимий прояв». Ці зміни базуються на досвіді практичного використання класифікації 2017 р. Вони є помірними, але спрямовані на розширення клінічного застосування в різних умовах і підвищення зручності використання системи [11, 12].

Таблиця 3

Ключові зміни в класифікації нападів із 2017 до 2025 р.

- Видалення терміну «початок».
Термін «початок» більше не використовується в назвах основних класів нападів.
Наприклад, «напад з фокальним початком» тепер називається просто «фокальний напад».
- Розмежування між класифікаторами та дескрипторами.
Введено чітке розмежування між класифікаторами, які визначають тип нападу, та дескрипторами, що надають додаткові клінічні деталі.
- Використання свідомості як класифікатора.
Свідомість використовується як класифікатор замість усвідомлення. Свідомість операційно визначається як поєднання усвідомлення (здатність згадати події під час нападу) та реактивності (здатність відповідати на подразники під час нападу).
- Заміна дихотомії моторний / немоторний на видимі / невидимі прояви.
Дихотомія «моторний» проти «немоторний» замінена на «видимі» проти «невидимі» прояви, що краще відображає клінічні спостереження.
- Опис нападу за хронологією послідовністю семіології.
Напади описуються за хронологічною послідовністю семіологічних ознак, а не лише за першим проявом, що дозволяє точніше локалізувати зону початку нападу.
- Визнання епілептичного негативного міоклонусу як типу нападу.
Епілептичний негативний міоклонус офіційно визнано окремим типом нападу в класифікації 2025 року.

ВИСНОВКИ

Таким чином, зважаючи на те, що класифікація постійно вдосконалюється, оскільки наука про епілепсію розвивається, і з'являються нові розуміння її причин та механізмів, тому все більше використовується класифікаційна система МПЕЛ 2017, оскільки вона забезпечує більш точні описи нападів та епілепсії.

Використання класифікаційної системи МКХ-11 у клінічній практиці та дослідженнях є перспективним, але це відносно нова система і потребує додаткових зусиль та часу для ознайомлення та впровадження.

Завдання для заключного контролю знань

1. Хто був засновником сучасної основи класифікації причин смерті (попередниці) Міжнародної класифікації хвороб?

1. Жак Бертійон.
2. Хелен Кросс.
3. Олівье Дюлак.

2. В якому році була затверджена сучасна класифікація епілепсії та епілептичних нападів Міжнародною протиепілептичною лігою?

1. 1989.
2. 2014.
3. 2017.

3. Коли була затверджена Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду?

1. 1989.
2. 2011.
3. 2019.

4. Молода жінка прокидається і виявляє, що її 20-річний хлопець має напад у ліжку. Початок нападу не був зафіксований, але вона змогла описати двостороннє м'язове затвердіння, яке потім змінилося на двостороннє «тремтіння». Результати ЕЕГ та МРТ нормальні. Як класифікується цей напад?

5. Молода жінка прокидається і виявляє, що її 20-річний хлопець має напад у ліжку. Початок нападу не був зафіксований, але вона змогла описати двостороннє м'язове затвердіння, яке потім змінилося на двостороннє «тремтіння». В альтернативному випадку з попереднього результат ЕЕГ показує чіткий правий тім'яний фокус із повільними хвилями. МРТ виявляє ділянку коркової дисплазії в правій тім'яній частці. Як класифікується цей напад?

6. 25-річна жінка повідомляє про напади, які починаються із 30 с інтенсивного відчуття, ніби «лунає знайома музика». Під час нападу вона чує, як розмовляють інші люди, однак згодом усвідомлює, що не могла зрозуміти зміст сказаного. Свідки зазначають, що під час нападу пацієнтка не реагує на зовнішні подразники, як-от мовлення чи дотик. Після нападу спостерігається легке сплутання свідомості та дезорієнтація. Як класифікується цей напад?

7. 22-річний чоловік має напади, під час яких залишається повністю притомним. Він відчуває, як «волосся на руках стає дибки» і з'являється відчуття припливу жару. Як класифікується цей напад?

8. 13-річний підліток з ювенільною міоклонічною епілепсією має напади, що починаються з кількох міоклонічних посмикувань, далі спостерігається ригідність усіх кінцівок, а потім – ритмічні судоми всіх кінцівок. Як класифікується цей напад?

9. 3-місячний хлопчик має кластери коротких нападів зі згинанням шиї та стегон і розведенням плечей, що тривають до 2 с. Спостерігається 3–15 кластерів на добу. У дитини – енцефалопатичні прояви із затримкою психічного розвитку. Напади були резистентними до кількох протинападкових препаратів, зокрема до адренкортикотропного гормону. Повторне МРТ не виявило патології. Відео-ЕЕГ зафіксувало епілептичні спазми, що супроводжувалися генералізованим пригніченням активності на ЕЕГ. Як класифікується цей напад?

10. 14-місячна дівчинка має раптове розгинання обох рук і згинання тулуба тривалістю приблизно 2 с. Напади повторюються кластерами. ЕЕГ виявляє гіпсаритмію з двобічними спайками, найбільш вираженими в лівій тім'яній ділянці. МРТ показує кортикальну дисплазію лівої тім'яної ділянки. Як класифікується цей напад?

11. Під час довготривалого відео-ЕЕГ моніторингу 28-річна пацієнтка повідомляє про відчуття, що «піднімається» з епігастральної ділянки, після чого починає жувати та маніпулювати навколишніми предметами правою рукою. Пацієнтка пам'ятає події нападу та здатна реагувати під час епізоду. Як класифікується цей напад?

12. 8-річний хлопчик повідомляє про епізоди, що починаються з бачення кольорових крапок і смуг зліва. Пацієнт не пам'ятає подальших подій, однак свідки повідомляють, що дитина не реагує на вербальні й тактильні подразники, повертає голову вліво, стає ригідною, а згодом спостерігаються клонічні судоми в усіх кінцівках. Як класифікується цей напад?

13. 33-річний чоловік, правша, мав фебрильні судоми в дитинстві. Типові неспровоковані напади розпочалися у віці 15 років і супроводжувалися дискомфортом у животі з наступною втратою свідомості. За словами дружини, приблизно раз на місяць у нього виникають епізоди смоктальних рухів губами, метушливих рухів руками та періодичного позиціонування правої руки. Як класифікується цей напад?

Відповіді на завдання для заключного контролю знань

1. 1.
2. 3.
3. 3.
4. Цей напад класифікується як двосторонній тонічно-клонічний напад: невідомо – фокальний, чи генералізований (BTC; 2.3)
5. У цьому випадку напад класифікується як фокальний із переходом у білатеральний тоніко-клонічний (FBTC; 1.3).
6. Напад класифікується як фокальний напад із порушеною свідомістю (FIC; 1.2) з такою послідовністю розвитку симптомів: слухова аура → рецептивна афазія → порушення реакції → післянападова сплутаність свідомості.
7. Напад класифікується як фокальний напад зі збереженою свідомістю (FPC; 1.1) з клінічними проявами: піломоторна реакція (підняття волосся) + приплив жару.
8. Напади класифікуються як генералізовані міоклонічно-тоніко-клонічні напади (GTC; 3.2.1).
9. Напади класифікуються як генералізовані епілептичні спазми (GES; 3.3.4).
10. З огляду на додаткові дані напад класифікується як фокальний напад (F; 1) з епілептичними спазмами (короткий варіант: фокальні епілептичні спазми).
11. Напад класифікується як фокальний напад зі збереженою свідомістю (FPC; 1.1) з клінічними проявами: епігастральна аура → ороаліментарні автоматизми + жестові автоматизми правою рукою + збережена свідомість і реакція.
12. Напад класифікується як фокальний із переходом у двобічний тоніко-клонічний напад (FBTC; 1.3) з наступними клінічними проявами: елементарна зорова аура зліва → поворот голови вліво + втрата свідомості та реакції → → двобічний тоніко-клонічний компонент.
13. Напад класифікується як фокальний напад із порушеною свідомістю (FIC; 1.2) з наступною еволюцією: епігастральна аура → порушення свідомості → → ороаліментарні автоматизми + жестові автоматизми + дистонічна поза правої руки.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology / I. E. Scheffer, S. Berkovich, G. Capovilla et al. *Epilepsia*, 58(4):512–521, 2017. DOI: 10.1111/epi.13709
2. Nathalie Jette, Ettore Beghi, Dale Hesdorffer, Solomon L. Moshé, Sameer M. Zuberi, Marco T. Medina, Donna Bergen. ICD coding for epilepsy: Past, present, and future –A report by the International League Against Epilepsy Task Force on ICD codes in epilepsy. *Epilepsia*, 56(3):348–355, 2015. doi: 10.1111/epi.12895
3. Наказ МОЗ України від 23.04.2025 № 703 «Операційний план переходу на Міжнародну класифікацію хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) на 2025–2026 рр.». <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-23-04-2025-703-pro-zatverdzhennya-operacijnogo-planu-perehodu-ukrayini-na-mizhnarodnu-statistichnu-klasifikaciju-hvorob-ta-sporidnenih-problem-ohoroni-zdorov-ya-odinadcyatogo-pereglyadu-na-2025-2026-roki>
4. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>. Accessed: February 1, 2026.
5. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Available from: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>. Accessed: February 2, 2025.
6. Correspondence between ICD-10 and ICD-11 codes. Available from: <https://mkb11.online/mkb10-mkb11>. Accessed: February 1, 2026.
7. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. R.S. Fisher, J.H. Cross, J.A. French et al. *Epilepsia*, 58(4):522–530, 2017. DOI: 10.1111/epi.13670
8. Methodology for classification and definition of epilepsy syndromes with list of syndromes: Report of the ILAE Task Force on Nosology and Definitions. E.C. Wirrell, R. Nabbout, I.E. Scheffer, T. Alsaadi et al. *Epilepsia*. 63(6):1333-1348, 2022. DOI: 10.1111/epi.17237
9. Sukhonosova O, Litovchenko T. Diagnostic features of drug-resistant epilepsy in children. *Epilepsy*. Volume 65, Supplement 1, November 2024. p. 380. DOI. org/10.1111/epi.18152

10. Epilepsies in children, adolescents and adults. NICE guideline [NG217] Published: 27 April 2022. Last updated: 30 January 2025. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg137>. Accessed: February 1, 2026.

11. Beniczky S., Trinka E., Wirrell E. та ін. Updated classification of epileptic seizures: Position paper of the International League Against Epilepsy // *Epilepsia*. 2025. Vol. 66, № 6. P. 1804–1823. DOI: 10.1111/epi.18338.

12. Перспективи використання новітніх класифікацій епілепсії для підвищення якості надання медичної допомоги / О. Ю. Сухоносова, Т. А. Літовченко, Л. М. Танцура та ін. // Міжнародний неврологічний журнал. Т. 21, № 1, 2025. С. 95–103. DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0713.21.1.2025.1154>

**СУЧАСНА КЛАСИФІКАЦІЯ ЕПІЛЕПСІЇ
ЗГІДНО З МІЖНАРОДНОЮ КЛАСИФІКАЦІЄЮ ХВОРОБ
11-го ПЕРЕГЛЯДУ ТА РЕКОМЕНДАЦІЯМИ
МІЖНАРОДНОЇ ПРОТИЕПІЛЕПТИЧНОЇ ЛІГИ**

***Методичні вказівки
для самостійної роботи здобувачів вищої освіти
та слухачів післядипломної освіти***

Упорядники Сухоносова Ольга Юріївна
 Літовченко Тетяна Анатоліївна
 Тондій Оксана Леонідовна
 Коренєв Сергій Миколайович
 Завальна Олена Павлівна
 Флорікян Вартануш Аршавіровна

Відповідальний за випуск О. Ю. Сухоносова



Редактор Н. І. Дубська
Комп'ютерний набір С. М. Коренєв
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А4. Ум. друк. арк. 4,0. Зам. № 26-62.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knmu.edu.ua**