



ISSN 2224-0713 (print)
ISSN 2307-1419 (online)

МІЖНАРОДНИЙ НЕВРОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ
INTERNATIONAL NEUROLOGICAL JOURNAL

www.mif-ua.com



Том 21, № 1, 2025

Харківська медична академія післядипломної освіти
Донецький національний медичний університет



**МІЖНАРОДНИЙ
НЕВРОЛОГІЧНИЙ
ЖУРНАЛ**

**INTERNATIONAL
NEUROLOGICAL
JOURNAL**

**Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал
Заснований у листопаді 2004 року
Періодичність виходу: 8 разів на рік**

Том 21, № 1, 2025

Включений в наукометричні і спеціалізовані бази даних

Scopus,

НБУ ім. В.І. Вернадського, «Україніка наукова», «Наукова періодика України»,
Ulrichsweb Global Serials Directory, CrossRef, WorldCat, Google Scholar, ICMJE, SHERPA/RoMEO, BASE,
NLM-catalog, NLM-Locator Plus, EBSCO, OUCI





МІЖНАРОДНИЙ НЕВРОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ
INTERNATIONAL NEUROLOGICAL JOURNAL

Meždunarodnyj nevrologičeskij žurnal

*Спеціалізований рецензований
науково-практичний журнал*

Том 21, № 1, 2025

p-ISSN 2224-0713

e-ISSN 2307-1419



Співзасновники: Харківська медична академія післядипломної освіти, Донецький національний медичний університет, Заславський О.Ю.

Завідуюча редакцією *Купріненко Н.В.*

*Розміщення реклами
та інформації про лікарські препарати*
v_iliyna@ukr.net

Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук. Наказ МОН України від 26.11.2020 № 1471. Категорія Б.

Рестрація: ідентифікатор медіа R30-04749. Рішення Національної ради України з питань телебачення та радіомовлення № 1718 від 23.05.2024.

Українською та англійською мовами

Формат 60×84/8. Ум. друк. арк. 15,81.

Тираж 7 000 прим. Зам. 2024-inj-150.

Адреса редакції:

E-mail: medredactor.vdz@gmail.com

(Тема: До редакції «Міжнародного неврологічного журналу»)

Тел. +38 (067) 325-10-26

www.mif-ua.com, http://inj.zaslavsky.com.ua

Видавець Заславський О.Ю.

zaslavsky@i.ua

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 2128

від 13.05.2005

Друк: ТОВ «Ландпресс»

Головний редактор

Марина Анатоліївна ТРІЩИНСЬКА

(Київ, Україна)

Редакційна колегія

Дельва М.Ю. (Полтава, Україна)

Дзяк Л.А. (Дніпро, Україна)

Дубенко О.Є. (Харків, Україна)

Карабань І.М. (Київ, Україна)

Кириллова Л.Г. (Київ, Україна)

Козьолкін О.А. (Запоріжжя, Україна)

Копчак О.О. (Київ, Україна)

Літовченко Т.А. (Харків, Україна)

Міщенко Т.С. (Харків, Україна)

Московко С.П. (Вінниця, Україна)

Негрич Т.І. (Львів, Україна)

Орос М.М. (Ужгород, Україна)

Паєнок А.В. (Львів, Україна)

Пилипенко М.М. (Київ, Україна)

Сіделковський О.Л. (Київ, Україна)

Смоланка В.І. (Ужгород, Україна)

Стоянов О. М. (Одеса, Україна)

Ткаченко О.В. (Київ, Україна)

Трінус К.Ф. (Київ, Україна)

Шкробот С. І. (Тернопіль, Україна)

Curatolo Paolo (Rome, Italy)

Dafin F. Muresanu (Cluj Napoca, Romania)

Cregg Roman (London, UK)

Редакція не завжди поділяє думку автора публікації. Відповідальність за вірогідність фактів, власних назв та іншої інформації, використаної в публікації, несе автор. Передрук та інше відтворення в якій-небудь формі в цілому або частково статей, ілюстрацій або інших матеріалів дозволені тільки за попередньої письмової згоди редакції та з обов'язковим посиланням на джерело. Усі права захищені.

© Харківська медична академія післядипломної освіти, 2025
© Донецький національний медичний університет, 2025
© Заславський О.Ю., 2025



МІЖНАРОДНИЙ НЕВРОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ
INTERNATIONAL NEUROLOGICAL JOURNAL

Meždunarodnyj nevrologičeskij žurnal

*Specialized reviewed
practical scientific journal*

Volume 21, № 1, 2025

p-ISSN 2224-0713

e-ISSN 2307-1419



**Co-founders: Kharkiv Medical Academy of Postgraduate
Education, Donetsk National Medical University,
Zaslavsky O. Yu.**

Managing Editor Kuprinenko N.V.

**Advertising
and Drug Promotion Department:**
v_iliyna@ukr.net

*The journal is included in the list of scientific periodicals of Ukraine,
which can publish the results of dissertations on competition of the
scientific degrees of doctor and candidate of sciences. Order of the
MES of Ukraine dated 26.11.2020 № 1471. Category B.*

*Registration: Media identifier R30-04854. Decision of the National
Council of Ukraine on Television and Radio Broadcasting No. 1718
dated 23.05.2024*

In Ukrainian and English

Folio: 60×84/8. Printer's sheet 15,81.
Circulation 7 000. Order 2024-inj-150.

Editorial office address:
E-mail: medredactor.vdz@gmail.com
(Subject: *International Neurological Journal*)
Tel. +38 (067) 325-10-26
www.mif-ua.com, <http://inj.zaslavsky.com.ua>

Publisher Zaslavsky O.Yu.
zaslavsky@i.ua
Publishing entity certificate ДК № 2128
dated 13.05.2005

Print: Landpress Ltd.

Editor-in-Chief

Maryna A. TRISHCHYNSKA

(Kyiv, Ukraine)

Editorial Board

Delva Mykhaylo (Poltava, Ukraine)

Dzyak Lyudmila (Dnipro, Ukraine)

Dubenko Olga (Kharkiv, Ukraine)

Karaban Iryna (Kyiv, Ukraine)

Kyryllova Liudmyla (Kyiv, Ukraine)

Kozyolkin Oleksandr (Zaporizhzhia, Ukraine)

Kopchak Oksana (Kyiv, Ukraine)

Litovchenko Tetyana (Kharkiv, Ukraine)

Mishchenko Tamara (Kharkiv, Ukraine)

Moskovko Sergii (Vinnytsia, Ukraine)

Negrych Tetyana (Lviv, Ukraine)

Oros Mykhailo (Uzhhorod, Ukraine)

Payenok Angelika (Lviv, Ukraine)

Pylypenko Maksym (Kyiv, Ukraine)

Sidelkovskiy Aleksey (Kyiv, Ukraine)

Smolanka Volodymyr (Uzhhorod, Ukraine)

Stoyanov Alexander (Odessa, Ukraine)

Tkachenko Olena (Kyiv, Ukraine)

Trinus Kostiantyn (Kyiv, Ukraine)

Shkrobot Svitlana (Ternopil, Ukraine)

Curatolo Paolo (Rome, Italy)

Dafin F. Muresanu (Cluj Napoca, Romania)

Cregg Roman (London, UK)

The editorial board not always shares the author's opinion. The author is responsible for the significance of the facts, proper names and other information used in the paper. No part of this publication, pictures or other materials may be reproduced or transmitted in any form or by any means without permission in writing form with reference to the original. All rights reserved..

© Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, 2025
© Donetsk National Medical University, 2025
© Zaslavsky O.Yu., 2025

Зміст

Оригінальні дослідження

Масік Н.П., Килимчук В.В., Масік О.І., Матвійчук М.В., Мазур О.І., Тереховська О.І., Барабаш І.Л.

Дослідження частоти виникнення та ознак посттравматичного стресового розладу на етапі первинної медичної допомоги у військовослужбовців і вимушено переміщених осіб під час повномасштабного вторгнення 6

Кузнєцова М.О., Садовниченко Ю.О., Кузнєцова І.К., Бібіченко В.О., Шмуліч О.В., Краснікова Л.В., Кузнєцов К.А.

Вплив постійного користування мобільними пристроями під час війни на тривалість сну та стан здоров'я української молоді 14

Белявський С.К., Катеренчук І.П., Луценко В.І., Павловська М.О., Пашковський В.М., Трінус К.Ф., Трищинська М.А., Павловський С.А.

Низхідне присінкове (вестибулярне) ядро формує артеріальну гіпертензію 19

Горошко В.І., Павлова Т.М., Марковська О.В., Самойлова Г.П., Черняєв М.С., Шапкін А.С.

Можливості реабілітації пацієнтів із когнітивною дисфункцією та порушенням критичного мислення при легких черепно-мозкових травмах..... 29

Лафаренко М.Я.

Оцінка депресії та тривоги у хворих на розсіяний склероз залежно від тяжкості захворювання за шкалою EDSS 35

Трищинська М.А., Ханенко Н.В., Бігун І.Ю., Інгула Н.І., Антиук В.М., Барна І.Б., Борисова В.Л., Невгад Ю.В., Романенко І.П., Шеремет А.Є.

Оцінка клінічної ефективності та переносимості оригінального та генеричного еторікоксибу у пацієнтів з болем у нижній частині спини..... 41

Боженко Н.Л.

Оцінка нейромодуляторних ефектів при тривалому курсі лікування цитиколіном у пацієнтів з хворобою дрібних судин головного мозку 50

Практикуючому неврологу

Качмар О.О., Козьявкіна Н.В., Кушнір А.Д., Козьявкіна О.В.

Нейропластичність у реабілітації дітей із церебральним паралічем 59

Contents

Original Researches

N.P. Masik, V.V. Kylymchuk, O.I. Masik, M.V. Matviichuk, O.I. Mazur, O.I. Terekhovska, I.L. Barabash

Study of the incidence and signs of post-traumatic stress disorder at the stage of primary medical care in military personnel and forcibly displaced people during a full-scale invasion 6

M.O. Kuznetsova, Y.O. Sadovnychenko, I.K. Kuznetsova, V.O. Bibichenko, O.V. Shmulich, L.V. Krasnikova, K.A. Kuznetsov

The influence of constant mobile device use during wartime on sleep duration and health conditions of Ukrainian youths 14

S.K. Byelyavsky, I.P. Katerenchuk, V.I. Lutsenko, M.O. Pavlovska, V.M. Pashkovskiy, K.F. Trinus, M.A. Trishchynska, S.A. Pavlovskiy

Descending vestibular nucleus forms arterial hypertension 19

V.I. Horoshko, T.M. Pavlova, O.V. Markovska, H.P. Samoiloa, M.S. Cherniaiev, A.S. Shapkin

Possibility of rehabilitation of patients with cognitive dysfunction and impairment of critical thinking in mild traumatic brain injuries 29

M.Ya. Lafarenko

Assessment of depression and anxiety in patients with multiple sclerosis depending on disease severity according to the EDSS 35

M.A. Trishchynska, N.V. Khanenko, I.Yu. Bihun, N.I. Inhula, V.M. Antiuk, I.B. Barna, V.L. Borysova, Yu.V. Nevgad, I.P. Romanenko, A.Ye. Sheremet

Evaluation of clinical efficacy and tolerability of original and generic etoricoxib in patients with low back pain 41

N.L. Bozhenko

Evaluation of neuromodulatory effects of long-term treatment with citicoline in patients with cerebral small vessel disease 50

To Practicing Neurologist

O.O. Kachmar, N.V. Kozyavkina, A.D. Kushnir, O.V. Kozyavkina

Neuroplasticity in rehabilitation of children with cerebral palsy 59

Відновити прохідність судини недостатньо: чи є Церебролізін рішенням для поліпшення довгострокових результатів після реканалізації? Вебінар EVER Pharma (19 листопада 2024 р.) 67	Opening the vessel is not enough: is Cerebrolysin the answer for improved long-term outcomes after recanalization therapy? Webinar EVER Pharma (November 19, 2024) 67
Dr. Epifania Collantes (Філіппіни) 67	Dr. Epifania Collantes (Philippines)..... 67
Dr. Manuel Martinez (Мексика)..... 67	Dr. Manuel Martinez (Mexico)..... 67
Dr. Jacek Staszewski (Польща)..... 69	Dr. Jacek Staszewski (Poland) 69
Dr. Marina Roje-Bedekovic (Хорватія) 70	Dr. Marina Roje-Bedekovic (Croatia) 70
Dr. Minwoo Lee (Південна Корея) 70	Dr. Minwoo Lee (South Korea)..... 70
<i>Dipak Chaulagain, Смоланка В., Смоланка А., Гаврилів Т.</i> Дослідження впливу субтотальної резекції на виживаність при гліобластомі: клінічний випадок 72	<i>Dipak Chaulagain, V. Smolanka, A. Smolanka, T. Havryliv</i> Exploring the effect of subtotal resection on survival outcome in glioblastoma: a case study..... 72
<i>Михайлова М.Б., Проконів М.М., Ілляш Т.І.</i> Спинальна м'язова атрофія з початком у дорослому віці в пацієнта з мутацією <i>SOD1</i> : клінічний випадок..... 76	<i>M.B. Mykhailova, M.M. Prokopiv, T.I. Ilyash</i> Adult-onset spinal muscular atrophy in a patient with <i>SOD1</i> mutation: case report 76
<i>Ткачишин В.С., Думка І.В., Алексійчук О.Ю.</i> Професійні неврози 81	<i>V.S. Tkachyshyn, I.V. Dumka, O.Yu. Aleksiiichuk</i> Professional neuroses 81
<i>Бурчинський С.Г.</i> Фармакотерапія астеничного синдрому: за межами традицій 86	<i>S.H. Burchinsky</i> Pharmacotherapy of asthenic syndrome: beyond traditions 86
Огляд	
<i>Сухоносова О.Ю., Літовченко Т.А., Таницура Л.М., Коренев С.М., Тондій О.Л., Кунта О.В.</i> Перспективи використання новітніх класифікацій епілепсії для підвищення якості надання медичної допомоги 95	<i>O.Yu. Sukhonosova, T.A. Litovchenko, L.M. Tantsura, S.M. Korenev, O.L. Tondiy, O.V. Kunta</i> Prospects for the use of new epilepsy classifications to improve the quality of medical care..... 95
<i>Чистик Т.</i> Деменція з тільцями Леві: огляд останніх протоколів та рекомендацій..... 105	<i>T. Chistyuk</i> Dementia with Lewy bodies: a review of recent protocols and guidelines..... 105
<i>Фломін Ю., Циганій А., Михайлова М., Ханенко Н., Сулік Р.</i> Підтримання професіоналізму та засад етики в неврології: міркування щодо клінічної практики і медичної освіти у світі, що швидко змінюється 112	<i>Y. Flomin, A. Tsyhanii, M. Mykhailova, N. Khanenko, R. Sulik</i> Maintaining professionalism and ethical principles in neurology: considerations for clinical practice and medical education in a rapidly changing world112
<i>Головенко М.Я.</i> Піввіковий ювілей лікарського засобу феназепам, започатківця нового наукового напрямку у вітчизняній медицині «Військова психофармакологія».....119	<i>M.Ya. Golovenko</i> The half-century anniversary of phenazepam, the pioneer of a new scientific direction in national medicine “Military psychopharmacology”119
<i>Сергієнко В.О., Чемерис О.М., Паньків В.І., Сергієнко О.О.</i> Посттравматичний стресовий розлад, метаболічний синдром, діабетичний дистрес і вітамін В ₁ /бенфотіамін..... 125	<i>V.A. Serhiyenko, O.M. Chemerys, V.I. Pankiv, A.A. Serhiyenko</i> Post-traumatic stress disorder, metabolic syndrome, diabetic distress, and vitamin B ₁ /benfotiamine 125
Review	

УДК 616.853+616.895-004.2-06

DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0713.21.1.2025.1154>Сухоносорова О.Ю.¹, Літовченко Т.А.¹, Танцуро Л.М.³, Коренев С.М.¹, Тондій О.Л.¹, Кунта О.В.²¹Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна²Комунальний заклад Львівської обласної ради НРЦ «Левеня», м. Львів, Україна³ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології ім. П.В. Волошина НАМН України», м. Харків, Україна

Перспективи використання новітніх класифікацій епілепсії для підвищення якості надання медичної допомоги

Резюме. Класифікація хвороб є важливою для систематизації захворювань, що дозволяє порівнювати результати досліджень на міжнародному рівні, стандартизувати підходи до лікування і діагностики та покращувати якість медичних послуг. Однією з основних класифікацій є Міжнародна класифікація хвороб (МКХ), яка використовується для збору та аналізу даних про захворюваність і смертність у різних країнах. У 2017 році Міжнародна протиепілептична ліга (МПЕЛ) оновила класифікацію епілепсії, а у 2021 році було оновлено і МКХ, включно зі змінами в класифікації епілепсії. Метою статті є ознайомлення з новою класифікацією епілепсії за МКХ-11, а також аналіз відмінностей між МКХ-10 і МКХ-11. Міжнародна класифікація хвороб має велике значення для організації охорони здоров'я, аналізу епідеміологічної інформації, оптимізації медичних ресурсів і поліпшення лікування. МКХ-11, упроваджена у 2019 році, враховує останні досягнення в науці та технологіях і містить суттєві зміни в класифікації епілепсії, що була адаптована до класифікації епілепсії МПЕЛ 2017 року. Класифікація епілепсії МПЕЛ 2017 року дозволяє більш точно класифікувати типи нападів і епілепсії. Класифікація передбачає три рівні: тип нападів, тип епілепсії та епілептичний синдром з урахуванням етіології на кожному етапі. Вона дозволяє розробляти індивідуалізовані підходи до лікування, враховуючи генетичні й молекулярні чинники. В Україні на сьогодні використовуються протоколи лікування епілепсії, які потребують оновлення, щоб відповідати сучасним стандартам класифікації. Перехід на МКХ-11 є перспективним, але потребує часу для адаптації в клінічній практиці та дослідженнях.

Ключові слова: епілепсія; Міжнародна класифікація хвороб; МКХ-10; МКХ-11; Міжнародна проти-епілептична ліга; класифікація епілепсії; медичні стандарти; медична допомога

Вступ

Класифікація хвороб — це система, яка об'єднує 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 й 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. Отже, класифікація хвороб є основою для стандартизації медичних підходів, моніторингу здоров'я на глобальному рівні та підвищення якості медичних послуг.

© «Міжнародний неврологічний журнал» / «International Neurological Journal» («Meždunarodnyj nevrologičeskij žurnal»), 2025

© Видавець Заславський О.Ю. / Publisher Zaslavsky O.Yu., 2025

Для кореспонденції: Сухоносорова Ольга Юріївна, доктор медичних наук, професор кафедри неврології та дитячої неврології Харківського національного медичного університету, проспект Науки, 4, м. Харків, 61000, Україна; e-mail: oy.sukhonosova@knmu.edu.ua; тел.: +380 (67) 576-48-52

For correspondence: Olga Sukhonosova, MD, PhD, DSc, Professor of the Department of Neurology and Pediatric Neurology, Kharkiv National Medical University, Nauky Avenue, 4, Kharkiv, 61000, Ukraine; e-mail: oy.sukhonosova@knmu.edu.ua; phone: +380 (67) 576-48-52

Full list of authors information is available at the end of the article.

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. У 2017 році Міжнародна протиепілептична ліга (МПЕЛ, ІЛАЕ) запропонувала нову систему класифікації нападів та епілепсії, оновлену 2021 року, а Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) у 2018 році опублікувала, а у 2019 році — затвердила 11-й перегляд Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) зі значними змінами в класифікації епілепсії та нападів [1–4].

Метою даної статті є ознайомлення з класифікацією епілепсії за МКХ-11, узагальнення кодів МКХ-10 і МКХ-11 для епілепсії та нападів, зіставлення кодів епілепсії у цих двох версіях, обговорення зв'язку МКХ-11 з переглянutoю термінологією та концепціями класифікації нападів та епілепсії Міжнародної протиепілептичної ліги, а також її потенційного впливу на клінічну допомогу, спостереження, охорону здоров'я та дослідження.

Однією з найбільш відомих класифікацій є Міжнародна класифікація хвороб (англ.: 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 і захворюваність, що дозволяє оптимально кодувати і статистично обробляти медичну інформацію. Також вона дозволяє організувати процеси управління охороною здоров'я, перерозподіл фінансових та інших ресурсів, оптимізувати наукові дослідження, збирати й враховувати епідеміологічну інформацію, сприяти поліпшенню 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 прошарках тощо.

МКХ має колосальну значущість за рахунок забезпечення загальної мови звітування та моніторингу захворювань для всього світу. МКХ сприяє 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, що розроблена ВООЗ. 11-й перегляд було розпочато у 2007 році, він був необхідний «для врахування досягнень у сфері медицини, науки та інформаційних технологій». Бета-версія МКХ-11 була підготовлена до травня 2012 року, до кінця 2015 року було запропоновано понад 5000 змін до неї, проєкт планували подати в Токіо в жовтні 2016 року.

Для кожної нозологічної форми вказані етіологія, симптоми, діагностичні критерії, вплив на повсякденне життя і вагітність, а також принципи лікування. Підготовча версія (версія для подання асамблеї та переклади на національні мови) була офіційно випущена 18 червня 2018 року. МКХ-11 була подана на 144-му засіданні Виконавчої ради у січні 2019 року і затверджена в рамках 72-ї сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я у травні 2019 року. Перехід на нову класифікацію рекомендований ВООЗ із 1 січня 2022 року, перехідний період продовжено до 2027 року. На думку ВООЗ, країни не зразу перейдуть на неї у зв'язку з підготовкою 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 для МКХ-11 відразу стало очевидно, що потрібен компроміс між структурою найновішої класифікації епілепсії МПЕЛ (інструмент, який зосереджується на необхідності подання всіх різновидів захворювання на користь практикуючих лікарів і дослідників) і переглянутими кодами МКХ (структуровані так, щоб зберегти мету ВООЗ щодо визначення тягаря 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, запалення та травма, які не входять у визначення епілепсії.

Отже, для адекватної всебічної оцінки загального тягаря захворювання для ВООЗ необхідно враховувати як судомні напади, так і епілепсію. Хоча МПЕЛ вимагає чіткого розмежування між хворобою (епілепсією) та її симптомами (судомними нападами), обидва мають бути частиною різних класифікацій після завершення діагностичного процесу; ВООЗ має погодитися з обмеженнями класифікації випадків через відмінності в доступності технологій і досвіді в кожній окремій країні. ВООЗ узгодила нові коди МКХ-11 зі структурою нової класифікації МПЕЛ, включно з епілептичними синдромами й етіологією, а також коди, пов'язані з нападами: гострі симптоматичні напади, епілептичний статус і напади ускладнень, включно з раптовими/несподіваними нападами, смертю при епілепсії.

Коди хвороб МКХ-11

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

08 — Хвороби нервової системи

Діагноз містить 29 уточнюючих діагнозів.

Опис діагнозу. Це група станів, що характеризуються ураженням нервової системи або стосуються нервової системи.

Епілепсія або епілептичні напади знаходяться в 4-му підрозділі хвороб нервової системи.

Опис діагнозу. Як мінімум 2 неспровоковані (або рефлекторні) напади, що виникли з інтервалом понад 24 години.

Діагноз виключає 1 позицію: непритомність (MG45).

Діагноз містить 13 уточнюючих діагнозів.

8A60 — Епілепсія внаслідок структурних або метаболічних розладів або хвороб (Epilepsy due до structural або metabolic conditions or diseases)

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 до 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-м тижнем гестації та 7-м днем після народження. Початок епілепсії може бути в дитинстві або дорослому віці.

Діагноз виключає 1 позицію: неонатальні судоми (KB06).

Діагноз з 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 з 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, імовірно, 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 — Піридоксин-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, які поєднують наявність генетичного фону і початок у дитинстві. Вони варіюють від доброякісних, які купіруються самостійно, до тяжких лікарсько-резистентних синдромів. Наявність епілепсії в сімейному анамнезі є типовою при одних синдромах і винятком — при 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 фokalними 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 із центральнокороневими 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 спектр епілептичних синдромів, що мають (імовірно) генетичну природу, з початком у підлітковому чи дорослому віці. Розвиток зазвичай нормальний. У сімейному анамнезі часто є епілепсія. Фокальні й генералізовані напади присутні найчастіше ізольовано один від одного, відповідно до діагностичних категорій, і рідко — у комбінації. На інтеріктальній 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 з початком у підлітковому або дорослому віці

8A61.3Z — Генетичний епілептичний синдром з 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 здорових дітей або дорослих. Напади можуть виникати спонтанно або провокуватись зовнішніми стимулами. Епілептичні напади нерідко є в сімейному анамнезі, що часто зустрічається при окремих епілептичних синдромах. Генетичні аспекти можуть відрізнятися в 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, імовірно, генетичні синдроми, які переважно проявляються епілепсією.

8A61.Z — Генетичні або, імовірно, генетичні синдроми, які переважно проявляються епілепсією, не уточнені

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 — Гастро

8A62.2 — Набута епілептична афазія

8A62.Y — Інші уточнені епілептичні енцефалопатії

8A62.Z — Епілептичні енцефалопатії, неуточнені

8A63 — Напад унаслідок гострих захворювань (Seizure due to acute causes)

Виключено: напади, спровоковані мігренозною аукою (8A80.3).

Опис діагнозу. Напад, що виникає під час системного захворювання або в безпосередньому часовому зв'язку з документально підтвердженим ураженням головного мозку.

Діагноз із кодом 8A63 містить 3 уточнюючі діагнози:

8A63.0 — Фебрильні судоми (Febrile seizures)

Опис діагнозу. Напади, 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 місяцями та 5 роками.

8A63.00 — Прості фебрильні судоми

8A63.01 — Складні фебрильні судоми

8A63.0Y — Інші уточнені фебрильні судоми

8A63.Y — Напад унаслідок іншого гострого захворювання

8A63.Z — Напад унаслідок неуточненого гострого захворювання

8A64 — Поодинокий напад через віддалені причини

8A65 — Поодинокий неспровокований напад

8A66 — Епілептичний статус (Status epilepticus)

Опис діагнозу. Епілептичний статус визначають як триваючі 5 хвилин або більше (i) 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 триваючі 5 хвилин або більше (i) 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, не уточнений

8A66.Y — Інший уточнений епілептичний статус

8A66.Z — Епілептичний статус, не уточнений

8A67 — Серійні напади

8A68 — Типи нападів

Виключено: дисоціативний розлад з неврологічними симптомами, 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 МКХ-10 до МКХ-11, а також для пошуку зворотних відповідностей Всесвітня організація охорони здоров'я забезпечує підтримку таблиць відповідності кодів.

Сервіс mkb11.online вміє знаходити й показувати відповідність кодів МКХ-10 і МКХ-11 у режимі онлайн. Наприклад, «G40 — Епілепсія» за МКХ-10 конвертується у «8A6Z — Епілепсія або епілептичні напади, не уточнені» за МКХ-11 [6].

Міжнародна протиепілептична ліга у 2017 році оновила класифікацію епілепсій з метою відображення поглибленого розуміння епілепсій і механізмів їх розвитку відповідно до основних наукових досягнень, що мали місце з моменту затвердження попередньої класифікації в 1989 році. Оновлена класифікація була розроблена з кількох важливих причин. Вона дозволяє більш чітко розрізнити типи епілепсій та епілептичних нападів і 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 щодо природи

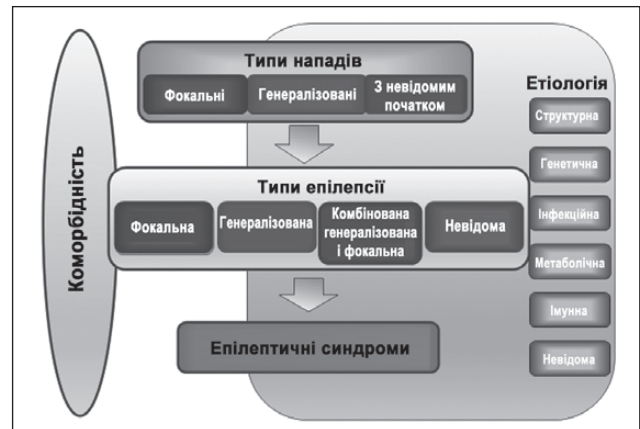


Рисунок 1. Класифікація епілепсії (МПЕЛ, 2017)

захворювання. Оновлена класифікація враховує ці нові знання і дозволяє включати генетичні та молекулярні фактори, які допомагають краще зрозуміти етіологію епілепсії та розробити підходи до її лікування. Оскільки епілепсія має глобальний характер, нова класифікація була розроблена таким чином, щоб її могли використовувати лікарі й дослідники з різних країн. Це важливо для порівняння статистичних даних, ефективності лікування і розвитку міжнародних досліджень. Також система класифікації створена для поліпшення обміну інформацією між лікарями, дослідниками та іншими медичними працівниками. Це забезпечує більшу узгодженість у використанні термінів і категорій, що важливо для ефективного спілкування і спільних досліджень [1, 7].

Отже, нова класифікація епілепсії створена для того, щоб надати медичній спільноті більш точні інструменти для діагностики, лікування та дослідження епілепсії, а також сприяти поліпшенню якості медичної допомоги пацієнтам по всьому світу.

Класифікація включає три рівні, починаючи з типу нападів; передбачається, що напади в пацієнта відповідають визначенню, поданому в новій класифікації нападів (МПЕЛ, 2017). Після діагностики типу нападів наступним кроком є встановлення типу епілепсії (фокальна епілепсія, генералізована епілепсія, комбінована генералізована і фокальна епілепсія або не уточнена 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 значно впливає на призначення лікування. Етіологічні чинники були розподілені на шість підгруп відповідно до їх потенційного значення для терапії (рис. 1) [7].

Класифікація епілептичних синдромів була офіційно затверджена Міжнародною протиепілептичною лігою у 2022 році [8]. Цільова група МПЕЛ з нозології та визначень дала 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

Таблиця 1. Рекомендації NICE щодо лікування епілепсії (фокальні судоми з еволюцією до двосторонніх тоніко-клонічних судом або без неї)

	1-ша лінія терапії	2-га лінія терапії*	3-тя лінія терапії**
Монотерапія	Леветирацетам, ламотриджин	Карбамазепін, окскарбазепін, зонісамід	Лакосамід
Дуотерапія***	Карбамазепін, лакосамід, ламотриджин, леветирацетам, окскарбазепін, топірамат, зонісамід	Прегабалін, бриварацетам, перампанел, еслікарбазепін, ценобамат	Вальпроат, фенобарбітал, фенітоїн, вігабатрин, тіагабін

Примітки: * — якщо монотерапія першої лінії терапії є неефективною, розгляньте один з наведених варіантів монотерапії другої лінії; ** — якщо монотерапія другої лінії є неефективною, розгляньте один з наведених варіантів монотерапії третьої лінії; *** — до препаратів монотерапії додаються наступні ПНП.

Таблиця 2. Рекомендації NICE щодо лікування епілепсії

Тип нападу	Перша лінія терапії	Додаткова терапія 1-ї лінії	Додаткова терапія 2-ї лінії	Не рекомендовані ПНП
Генералізовані тоніко-клонічні	Вальпроат, ламотриджин, леветирацетам	Вальпроат, клобазам, ламотриджин, леветирацетам, топірамат, перампанел	Бриварацетам, лакосамід, фенобарбітал примідон, зонісамід	Такі ПНП можуть посилити напади в людей з абсансами або міоклонічними нападами, у тому числі при ЮМЕ: карбамазепін, габапентин, ламотриджин (при міоклонічних судомах), окскарбазепін, фенітоїн, прегабалін, тіагабін, вігабатрин
Атонічні чи тонічні	Вальпроат, ламотриджин	Ламотриджин, вальпроат	Руфінамід, топірамат, клобазам	Вігабатрин, габапентин, карбамазепін, окскарбазепін, прегабалін, тіагабін
Абсанси	Етосуксимід, вальпроат, ламотриджин, леветирацетам	Вальпроат, ламотриджин, етосуксимід, леветирацетам		Вігабатрин, габапентин, карбамазепін, окскарбазепін, прегабалін, тіагабін, фенобарбітал, фенітоїн
Абсанси з іншими типами судом	Вальпроат, ламотриджин, леветирацетам	Вальпроат, ламотриджин, леветирацетам	Етосуксимід	Вігабатрин, габапентин, карбамазепін, окскарбазепін, прегабалін, тіагабін, фенобарбітал, фенітоїн
Міоклонічні	Вальпроат, леветирацетам	Вальпроат, леветирацетам	Бриварацетам, клобазам, клоназепам, ламотриджин, фенобарбітал, пірацетам, топірамат, зонісамід	Ламотриджин іноді може посилювати міоклонічні судоми. Можуть посилити напади: вігабатрин, габапентин, карбамазепін, окскарбазепін, прегабалін, тіагабін, фенітоїн
Ідіопатичні генералізовані епілепсії	Вальпроат, ламотриджин, леветирацетам	Вальпроат, ламотриджин, леветирацетам	Перампанел, топірамат	

Примітки: при призначенні протинападкових препаратів (ПНП) треба перевіряти інструкцію до лікарського засобу та ліцензування для використання в Україні; ЮМЕ — ювенільна міоклонічна епілепсія.

Таблиця 3. Лікування епілепсії з початком у дитячому віці

Синдром Драве		
1-ша лінія терапії	Вальпроат* — якщо лише вальпроат є неефективним як монотерапія першого ряду для синдрому Драве, розгляньте потрібну терапію стірипентолом і клобазамом як додаткову терапію першої лінії	
2-га лінія терапії	— якщо потрібна терапія неефективна при синдромі Драве і дитина старше 2 років, розглянути канабідіол у поєднанні з клобазамом як додатковий препарат другої лінії	
Додатково	— якщо потрібна терапія неефективна при синдромі Драве у дитини віком до 2 років або терапія другої лінії є неефективною у дитини старше 2 років, розгляньте 1 з наступних додаткових варіантів: кетогенна дієта, леветирацетам, топірамат**	
Наступні ліки можуть посилити напади	Карбамазепін, габапентин, лакозамід, ламотриджин, окскарбазепін, фенобарбітал, прегабалін, тіагабін, вігабатрин	
Синдром Леннокса — Гасто		
1-ша лінія терапії	Вальпроат*	
2-га лінія терапії	Ламотриджин (як друга лінія монотерапії або додаткове лікування для людей із синдромом Леннокса — Гасто)	
3-тя лінія терапії	Клобазам, канабідіол у комбінації з клобазамом (у дитини старше 2 років), руфінамід, топірамат**	
Додатково	Кетогенна дієта, фелбамат	
Синдром Дузе		
1-ша лінія терапії	Леветирацетам, вальпроат*	
2-га лінія терапії	Кетогенна дієта (як монотерапія другої лінії або додаткове лікування)	
3-тя лінія терапії	Якщо лікування другої лінії терапії безрезультатне, розгляньте наступне як монотерапію або додаткову терапію: клобазам, етосуксимід, зонісамід, топірамат	
Наступні ліки можуть посилити напади	Карбамазепін, габапентин, окскарбазепін, фенітоїн, прегабалін, вігабатрин	
Синдром інфантильних спазмів		
1-ша лінія терапії	Запропонуйте комбіновану терапію високими дозами перорального преднізолону та вігабатрину (при інфантильних спазмах, які не спричинені туберозним склерозом)	Запропонуйте тільки вігабатрин (при інфантильних спазмах, викликаних туберозним склерозом). Якщо вігабатрин неефективний через 1 тиждень, додайте високу дозу перорального преднізолону
2-га лінія терапії	Розгляньте наступне як монотерапію другої лінії або як додаткове лікування: кетогенна дієта, леветирацетам, нітразепам, вальпроат, топірамат	
Самообмежена епілепсія з центротемпоральними спайками		
1-ша лінія терапії	Ламотриджин, леветирацетам	
2-га лінія терапії	Карбамазепін, окскарбазепін, зонісамід	
3-тя лінія терапії	Якщо спроби лікування другої лінії виявилися неефективними, розгляньте сультім як монотерапію або додаткове лікування	
Наступні ліки можуть посилити напади	Карбамазепін, ламотриджин, окскарбазепін	

Примітки: * — вальпроат слід застосовувати з обережністю пацієнтам жіночого віку, але його рекомендують як лікування першої лінії при цьому синдромі через його тяжкість та відсутність доказів щодо інших варіантів ефективного лікування першої лінії; ** — не застосовувати топірамат жінкам і дівчатам репродуктивного віку, якщо не виконуються умови програми запобігання вагітності.

му в пацієнта з епілепсією зазвичай треба зважати на значення діагнозу для прогнозу і вибору лікування. Усі синдроми розподілили за типовим віком дебюту і додатково охарактеризували їх на підставі типів нападів та епілепсії й зв'язку з енцефалопатією розвитку і/або епілептичною енцефалопатією чи прогресуючим неврологічним дефіцитом. Епілептичні синдроми можна розподілити на синдроми: 1) з генералізованими нападами; 2) фокальними нападами; 3) генералізованими і фокальними нападами; 4) і/або енцефалопатією розвитку і/або епілептичною енцефалопатією чи прогресуючим неврологічним дефіцитом [8].

Отже, класифікація МПЕЛ 2017 року має певну гнучкість, щоб відобразити клінічну практику, і вона дозволяє клініцистам визначати епілепсію в найбільш клінічно відповідний спосіб. Організаційна структура не може бути лінійною, оскільки тип нападу не пов'язаний із синдромом чи етіологією. Крім того, один синдром може мати кілька генетичних або структурних етіологій, тоді як одна генетична етіологія може стосуватися різних синдромів і типів нападів. Конкретним прикладом може бути немовля, яке має епілептичні спазми, з клінічною та електроенцефалографічною картиною, що визначає синдром Веста; магнітно-резонансна томографія може підтвердити структурну етіологію, таку як комплекс туберозного склерозу (TSC), а тест ДНК може виявити генетичний варіант — TSC1-ген. З іншого боку, у людини з TSC можуть бути лише фокальні напади. Ця нелінійна структура відображає реальність багатьох взаємодіючих генетичних, структурних і етіологічних впливів на прояв епілептичних нападів [1].

Сучасний підхід до лікування епілепсії все більше спрямований на індивідуалізацію терапії залежно від типу епілепсії, її причин і генетичних особливостей пацієнта. Нова класифікація дозволяє краще орієнтуватися в цих питаннях і розробляти персоналізовані підходи до лікування [9].

Останні настанови Національного інституту здоров'я і досконалості допомоги Великої Британії (The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)) щодо лікування епілепсії подано в табл. 1–3 [10].

В Україні на сьогодні чинними є Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Епілепсії у дорослих» та Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Епілепсії у дітей», що були затверджені наказом МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при епілепсіях» № 276 від 17.04.2014. Зрозуміло, що чинні протоколи потребують оновлення, удосконалення й адаптації. Це сприятиме успішному впровадженню нових стандартів і поліпшенню якості лікування епілепсії в Україні [11].

Отже, зважаючи на те, що з розвитком науки класифікація епілепсії постійно вдосконалюється і по-

глиблюється розуміння її причин та механізмів, більше використовується класифікаційна система МПЕЛ 2017 року, 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 вона потребує додаткових зусиль і часу для ознайомлення з нею та впровадження.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Vanderploeg RD, Curtiss G, Belanger HG. Long-term neuropsychological outcomes following mild traumatic brain injury. *J Int Neuropsychol Soc.* 2005 May;11(3):228-236. doi: 10.1017/S1355617705050289.
2. Hacker D, Jones CA, Yasin E, et al. Cognitive outcome after complicated mild traumatic brain injury: a literature review and meta-analysis. *J Neurotrauma.* 2023 Oct;40(19-20):1995-2014. doi: 10.1089/neu.2023.0020.
3. Dordevic M, Sulzer S, Barche D, Dieterich M, Arens C, Müller NG. Chronic, mild vestibulopathy leads to deficits in spatial tasks that rely on vestibular input while leaving other cognitive functions and brain volumes intact. *Life (Basel).* 2021 Dec 9;11(12):1369. doi: 10.3390/life11121369.
4. Chen AJ, Loya F. Mild-moderate TBI: clinical recommendations to optimize neurobehavioral functioning, learning, and adaptation. *Semin Neurol.* 2014 Nov;34(5):557-571. doi: 10.1055/s-0034-1396009.
5. Hovorun D, Horoshko VI. Complex recovery after ischemic stroke: manual therapy and diet therapy. *Rehabilitation and Recreation.* 2022;(12):10-14. Ukrainian. doi: 10.32782/2522-1795.2022.12.1.
6. Kravac AS, Yashchyshyn ZM, Horoshko VI. Patients with hemiparesis and myofascial pain syndrome during the implementation of the physical rehabilitation program. *Clinical and Preventive Medicine.* 2024;(1):87-91. doi: 10.31612/2616-4868.1.2024.11.
7. Karr JE, Leong SE, Ingram EO, Logan TK. Repetitive Head Injury and Cognitive, Physical, and Emotional Symptoms in Women Survivors of Intimate Partner Violence. *J Neurotrauma.* 2024 Feb;41(3-4):486-498. doi: 10.1089/neu.2023.0358.
8. Horoshko VI, Zhamardii VO, Hordiienko OV. Use of innovative technologies and computer programs for the recovery of cognitive functions after stroke. *Rehabilitation and Recreation.* 2024;18(1):10-17. doi: 10.32782/2522-1795.2024.18.1.
9. Silverberg ND, Iverson GL, Cogan A, et al.; ACRM Brain Injury Special Interest Group Mild TBI Task Force members; ACRM Mild TBI Diagnostic Criteria Expert Consensus Group. The American Congress of Rehabilitation Medicine Diagnostic Criteria for Mild Traumatic Brain Injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2023 Aug;104(8):1343-1355. doi: 10.1016/j.apmr.2023.03.036.
10. Schramm E, Elsaesser M, Jenkner C, Hautzinger M, Herpertz SC. Algorithm-based modular psychotherapy vs. cognitive-behavioral therapy for patients with depression, psychiatric comorbidities and early trauma: a proof-of-concept randomized controlled trial. *World Psychiatry.* 2024 Jun;23(2):257-266. doi: 10.1002/wps.21204.
11. Möller MC, Lexell J, Wilbe Ramsay K. Effectiveness of specialized rehabilitation after mild traumatic brain injury: A systematic review

and meta-analysis. *J Rehabil Med.* 2021 Feb 5;53(2):jrm00149. doi: 10.2340/16501977-2791.

12. Vas A, Luedtke A, Ortiz E, Mackie N, Gonzalez S. Cognitive Rehabilitation: Mild Traumatic Brain Injury and Relevance of OTPF. *Occup Ther Int.* 2023 May 29;2023:8135592. doi: 10.1155/2023/8135592.

13. Caplain S, Chenuc G, Blanco S, Marque S, Aghakhani N. Efficacy of psychoeducation and cognitive rehabilitation after mild traumatic

brain injury for preventing post-concussional syndrome in individuals with high risk of poor prognosis: a randomized clinical trial. *Front Neurol.* 2019 Sep 4;10:929. doi: 10.3389/fneur.2019.00929.

UA-LEVI-PUB-022025-106

Отримано/Received 03.01.2025

Рецензовано/Revised 31.01.2025

Прийнято до друку/Accepted 04.02.2025 ■

Information about authors

Olga Sukhonosova, MD, PhD, DSc, Professor of the Department of Neurology and Pediatric Neurology, Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: oy.sukhonosova@knmu.edu.ua; <http://orcid.org/0000-0002-1205-4896>

Tetyana Litovchenko, MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Neurology and Pediatric Neurology, Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: ta.litovchenko@knmu.edu.ua
Lyudmila Tantsura, Pediatric Neurologist, MD, PhD, professor, Head of the Department of Child Psychoneurology and Paroxysmal Conditions of the State Institution "P.V. Voloshyn Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: tantsura@ukr.net; <http://orcid.org/0000-0002-7537-431X>

Sergiy Korenev, Associate Professor of the Department of Neurology and Pediatric Neurology, Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: sm.korenev@knmu.edu.ua

Oksana Tondiy, Associate Professor of the Department of Neurology and Pediatric Neurology, Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine, e-mail: ol.tondii@knmu.edu.ua

Olga Kunta, Pediatric Neurologist, Municipal Institution of the Lviv Regional Council "Educational and Rehabilitation Center "Levenya", Lviv, Ukraine; e-mail: lewenia@ukr.net

Conflicts of interests. Authors declare the absence of any conflicts of interests and own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of the manuscript.

O.Yu. Sukhonosova¹, T.A. Litovchenko¹, L.M. Tantsura³, S.M. Korenev¹, O.L. Tondiy¹, O.V. Kunta²

¹Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

²Municipal Institution of Lviv Regional Council NRC "Levenya", Lviv, Ukraine

³State Institution "P.V. Voloshyn Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine

Prospects for the use of new epilepsy classifications to improve the quality of medical care

Abstract. Disease classification is an essential system for organizing diseases, allowing for international comparison of research results, standardizing treatment and diagnostic approaches, and improving the quality of healthcare services. One of the primary classifications is the International Classification of Diseases (ICD), which is used for collecting and analyzing data on morbidity and mortality across different countries. In 2017, the International League Against Epilepsy (ILAE) updated epilepsy classification, and in 2021, the ICD was revised, including changes in the classification of epilepsy. This study aims to introduce the new epilepsy classification according to ICD-11 and analyze the changes between ICD-10 and ICD-11. The ICD plays a significant role in organizing healthcare, analyzing epidemiological data, optimizing medical resources, and improving treatment. ICD-11, introduced in 2019, incorporates the latest

achievements in science and technology with significant changes in epilepsy classification and has been adapted to the ILAE 2017 epilepsy classification. The latter allows for more precise classification of seizure types and epilepsy. It includes three levels: seizure type, epilepsy type, and epileptic syndrome, with etiological factors considered at each stage, and enables the development of individualized treatment approaches, considering genetic and molecular factors. In Ukraine, epilepsy treatment protocols, which are currently used, need updating to align with modern classification standards. Transitioning to ICD-11 is promising but requires time for adaptation in clinical practice and research.

Keywords: epilepsy; International Classification of Diseases; ICD-10; ICD-11; International League Against Epilepsy; epilepsy classification; medical standards; healthcare