

**Назва:** Стратегії лікування хворих на епілепсію в умовах нестачі протиепілептичних препаратів (antiseizure medication (ASM))

## **Робоча група з негайного реагування на ситуацію в Україні ILAE**

### **1. Вступ**

Група експертів [створена Міжнародною протиепілептичною лігою (МПЕЛ, англ. International League Against Epilepsy, ILAE)] зібралася разом, щоб розробити рекомендації з ведення людей з епілепсією (ЛЗЕ) у періоди гострої нестачі ASM (ПСП) через надзвичайні ситуації (наприклад, стихійні лиха, конфлікти), спалахи захворювань, раптове порушення міжнародних ланцюжків постачання і т.д. Було докладено всі зусилля, щоб обґрунтувати ці рекомендації безпосередньо опублікованою літературою або екстраполяцією базової інформації про ASM. Фактично опублікована література в цій галузі обмежена, і іноді було потрібне прийняття експертної думки. Надання допомоги та забезпечення потрібної якості життя пацієнта, а також лікування його/її епілепсії повинні бути предметом першорядної важливості для всіх медичних працівників, які мають справу з ЛЗЕ. Перехід від одного ASM до іншого, навіть у межах однієї групи препаратів, може бути пов'язаний з ризиком повторних нападів та побічних ефектів. Ці ризики повинні бути прийняті до уваги, і пацієнт повинен бути поінформований і запевнений, що це - найкраща практика в такій надзвичайній ситуації. Як завжди, прийняття рішень щодо лікування та можливих варіантів у цих умовах визначається тим, що краще для пацієнта.

### **2. Процедури пом'якшення (зменшення) ризиків під час нестачі ПСП**

У періоди нестачі ASM взаємозаміна різних ASM іноді може розглядатися як процедура пом'якшення ризиків. Нижченаведений матеріал є коротким викладом таких процедур, заснований на наявних доказах та думці експертів.

**2.А. Окскарбазепін/карбамазепін :** Звичайна добова підтримуюча доза окскарбазепіну приблизно в 1,5 рази вища за дозу карбамазепіну у дорослих та в 1,2 рази вища за дозу карбамазепіну у літніх людей. У разі потреби ці два препарати можуть бути миттєво взаємозамінені безпосередньо з урахуванням вищезгаданих співвідношень.

**2.Б. Еслікарбазепін ацетат/окскарбазепін/карбамазепін** : одномоментна заміна окскарбазепіна еслікарбазепіну ацетатом (або навпаки) у співвідношенні 1:1 зазвичай добре переноситься. Доцільним є одномоментний перехід між карбамазепіном і еслікарбазепіну ацетатом (або навпаки) у співвідношенні 1:1,3-1,5. У разі потреби ці два препарати можна миттєво взаємозамінити, враховуючи вищевказані співвідношення.

**2. В. Клобазам/клоназепам** : клоназепам в 10-20 разів більш ефективний, ніж клобазам, тому 1 мг клоназепаму може бути аналогічним за силою дії 10-20 мг клобазаму. У разі потреби ви можете миттєво перемикатися між цими двома препаратами, враховуючи вищевказане співвідношення.

**2. Г . Бриварацетам/леветирацетам** : 50 мг бриварацетаму можна замінити на 1000 мг леветирацетаму, 100 мг бриварацетаму на 2000 мг леветирацетаму та 200 мг бриварацетаму на 3000 мг леветирацетаму. У разі потреби ці два препарати можна миттєво замінити один на інший , враховуючи вищевказане співвідношення.

**2. Д. Примідон/фенобарбітал** : Примідон метаболізується у фенобарбітал та фенілетилмалонамід (ФЕМА). Відомо, що ФЕМА також має протиепілептичні властивості. Близько 24% примідону перетворюється на фенобарбітал; у світлі додаткових протиепілептичних властивостей ФЕМА можна замінити примідон на фенобарбітал у співвідношенні 1:4, але потрібно враховувати, що в перші 24 години буде потрібна додаткова доза.

**2. Е. Інші ASM:** для багатьох інших ASM не існує можливості переходу на інший (аналогічний) препарат одразу. Однак за умов нестачі цих ASM можна розглянути таку стратегію. По-перше, визначте тип епілепсії та епілептичного синдрому пацієнта. Потім визначте список відповідних ASM для цього конкретного пацієнта з урахуванням його епілепсії (наприклад, генералізована *або* фокальна *або* ювенільна міоклонічна епілепсія *або* ювенільна абсансна епілепсія) (Таблиця 1) та інших важливих змінних (наприклад, віку, статі, супутніх захворювань та ін). Далі, за умови нестачі або недоступності ASM, що приймається в даний момент , почніть перехід на інший ASM (з підготовленого списку) , використовуючи таку стратегію :

а. Деякі ASM (як альтернатива відсутньому препарату) можна починати з бажаних терапевтичних доз. У таких обставинах розгляньте принаймні одну перекриваючу дозу. Ці ASM включають:

а.1. **Леветирацетам** (як при генералізованій, так і при фокальній епілепсії): перехід на леветирацетам може бути здійснений відносно швидко, і для швидкого досягнення хороших концентрацій у сироватці можна використовувати навантажувальну дозу. Для досягнення концентрації у сироватці 25 мг/л використовуйте дозу 15 мг/кг. Навантажувальну дозу можна вводити перорально. Типова підтримуюча доза для пацієнта повинна бути розпочата через 12 годин після введення навантажуючої. Починайте з дози в 500 мг/прийом, 2 прийоми на день (10 мг/кг/прийом, 2 прийоми на день, для дітей). Звичайна підтримуюча доза становить 1000–3000 мг на добу у 2 прийоми для дорослих (максимальна доза для дітей – 60 мг/кг/добу).

а.2. **Вальпроат** (як при генералізованій, так і при фокальній епілепсії): початкова доза 500 мг/добу (10 мг/кг/добу для дітей). Максимальна доза становить 40 мг/кг/добу для дітей та 3000 мг/добу для дорослих.

а.3. **Лакосамід** (при фокальній епілепсії та деяких генералізованих епілепсіях): почніть з 100 мг/ прийом (4 мг/ прийом для дітей), 2 прийоми на день. Звичайна підтримуюча доза становить 200–400 мг на добу (8–12 мг/кг/добу у дітей) у 2 прийоми.

а.4. **Фенітоїн** (тільки при фокальній епілепсії): почніть з 15–20 мг/кг перорально як неекстренну навантажувальну дозу у пацієнта, який нині не приймає фенітоїн. Навантажувальну дозу можна розділити на два прийоми з інтервалом в 2 години, але її можна вводити відразу у вигляді одноразової дози; однак одноразова пероральна доза понад 500 мг має знижену біодоступність. Після завершення перорального навантаження, почніть прийом підтримуючої дози (4,5–7 мг/кг/добу на 2–3 прийоми на день) протягом 12–24 годин. Пам'ятайте, що фенітоїн слідує фармакокінетиці нульового порядку, тому невеликі зміни дози підтримуючої дози можуть призвести до великих змін концентрації та посилення дозозалежних побічних ефектів.

б. Призначення карбамазепіну ускладняється його здатністю посилювати свій метаболізм. У звичайній клінічній практиці це вимагає титрування дози до

цільової підтримуючої дози протягом 3-4 тижнів. Однак дані свідчать про те, що при необхідності це титрування можна проводити швидше протягом 7-10 днів. Для швидшого титрування карбамазепіну розраховують цільову підтримуючу дозу 10-15 мг/кг/добу. Вводять добову дозу, що становить 25-30% цільової дози протягом 2-3 днів. Збільшують добову дозу до 50-60% протягом наступних 2-3 днів, потім – до 75-90% протягом наступних 2-3 днів. Після цього можна використовувати цільову підтримуючу добову дозу. Дозозалежні побічні ефекти можуть транзиторно виникати при кожному збільшенні дози, доки не буде досягнута підтримуюча доза. Найбільш важливими побічними ефектами при швидкому навантаженні препаратом є алергічні реакції в діапазоні від шкірного висипу до синдрому Стівенса-Джонсона і лікарської реакції з еозинофілією і системними симптомами (DRESS - синдром). Ризик є найвищим у ЛЗЕ, що несуть генетичний маркер HLA-B 1502, найбільш поширений в Азії. Для початку прийому інших ASM (наприклад, ламотриджину, ценобамату та перампанела, а також руфінаміду, топірамату та зонісаміду) як альтернативу недоступному препарату рекомендується повільне підвищення дози. Таким чином, для запобігання відновлення нападів або загостренню стану - почастішанню нападів, або зростанню їх ступеню важкості слід призначити наявний бензодіазепін (таблиця 2) разом з призначеним доступним ASM (наведений вище список) як проміжний препарат на термін, поки цільові ліки не досягнуть бажаної терапевтичної дози. Бензодіазепіновий місток можна використовувати до тих пір, поки не будуть доступні ASM, або поки що здійснюється титрування нових препаратів. При використанні бензодіазепінового містка слід застосовувати повну дозу, доки пацієнт не отримує терапевтичної дози інших препаратів; у міру досягнення терапевтичного діапазону бажаного ПСП бензодіазепін слід поступово скасовувати в залежності від тривалості прийому препарату пацієнтом (тобто, якщо бензодіазепін приймається менше 2 тижнів, можна знижувати дозу кожні 2-3 дні до відміни протягом 3-7 днів; прийом бензодіазепінів > 2 тижнів можна знижувати дозу кожні 5 днів на 25% до відміни).

### 3. Зміна препаратів на генерики

Було показано, що перехід від брендового препарату до генерика або між генеричними продуктами ASM є безпечним та ефективним за умови, що генеричні продукти були схвалені в рамках суворого нормативного процесу та вироблені відповідно до Належної виробничої практики (GMP). Зазвичай це передбачає схвалення та регулювання через Управління з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів та медикаментів США (англ. Food and Drug Administration , FDA), Європейське агентство з лікарських засобів (англ. European Medicines Agency , EMA) або аналогічне регулювальне агентство. Багато національних відділень ILAЕ схвалили перехід від брендового препарату до генерика або між генеричними препаратами з використанням продуктів, схвалених та виготовлених у цих умовах.

Що стосується непатентованих препаратів, які, можливо, не були схвалені або виконані під суворим нормативним контролем, обмежені дані свідчать про те, що перехід від брендів до непатентованих продуктів у цій категорії є безпечним та ефективним. Будь-яке рішення щодо використання цих продуктів має ухвалюватися з урахуванням найкращих інтересів пацієнта.

Лікарі, фармацевти та пацієнти повинні проявляти пильність, уникаючи ліків, які можуть бути продані на чорному ринку. Продукти можуть бути фальсифіковані, мати неправильну назву або маркування, і їх слід уникати. Якщо можливо, про наявність цих продуктів слід повідомити відповідні органи та інших фахівців в галузі охорони здоров'я, а пацієнтів слід повідомити, щоб вони їх уникали.

Інші загальні пропозиції щодо переходу з брендів препаратів на генерики або з генеричних на генеричні ASM:

1. Уникайте переходу між різними продуктами з пролонгованим або контрольованим вивільненням. Генерична еквівалентність може бути проблемою для цих продуктів.
2. Можливий перехід із препаратів з пролонгованим вивільненням на препарати з негайним вивільненням . При виконанні цих переходів обов'язково налаштуйте інтервал дозування, щоб пристосувати лікарську форму з негайним вивільненням. Як правило, це передбачає більш частий прийом препарату з негайним вивільненням , ніж препарату з пролонгованим вивільненням . Дози повинні ґрунтуватися на загальній добовій дозі ASM. Розрахуйте загальну добову дозу

ASM при застосуванні препарату пролонгованої дії. Використайте цю дозу як загальну добову дозу для препарату з негайним вивільненням та розділіть загальну добову дозу на відповідні індивідуальні дози для визначення частоти прийому продукту з негайним вивільненням, скоригованого відповідно до рекомендацій виробника (наприклад, загальна добова доза ASM, що призначається один раз на день, становить 1000 мг. Препарат з негайним вивільненням необхідно приймати двічі на день. Індивідуальні дози препарату з негайним вивільненням повинні становити 500 мг двічі на день).

3. Перехід між продуктами з довготривалим вивільненням (тривалий період напіввиведення) зазвичай здійснюється легко і без ускладнень.
4. Навчіть пацієнтів та осіб, які здійснюють догляд, використанню непатентованих препаратів. Переконайтеся, що вони розуміють, що навіть незважаючи на те, що таблетки або капсули можуть відрізнятися за розміром, формою або кольором, препарат має бути однаково безпечним та ефективним.
5. Інформуйте пацієнтів та осіб, які здійснюють догляд, про будь-які зміни доз або частоти доз.
6. Заохочуйте пацієнтів або опікунів повідомляти про будь-які проблеми, які виникають при використанні певного продукту.

Агентство з регулювання лікарських засобів та виробів медичного призначення (англ. Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency, MHRA) випустило керівництво по призначенню. Вони радять призначати строго одну й ту саму версію деяких ASM, тоді як для інших ASM це менш важливо. Однак за умов нестачі ASM краще мати будь-які доступні препарати, ніж нічого.

#### **4 . Ректальне запровадження ASM в невідкладних ситуаціях**

Якщо немає запасів бензодіазепінів (наприклад, діазепаму, лоразепаму) або обладнання для внутрішньовенного введення ліків, ректальне введення деяких ASM може бути альтернативним шляхом невідкладного лікування серійних нападів та епілептичного статусу. Окскарбазепін, еслікарбазепіну ацетат, фенітоїн, лоразепам та мідазолам дуже погано всмоктуються при ректальному введенні. Для цих препаратів не рекомендується використовувати ректальний шлях.

**4.1. Карбамазепін:** можна використовувати дозу 6 мг/кг як одноразову дозу або розділені дози по 400 мг кожна. Пероральні таблетки з негайним вивільненням або пероральна суспензія застосовуються для ректального введення. Таблетки або капсули з пролонгованим вивільненням не можна використовувати для ректального введення. Розведення суспензії може знадобитися, щоб уникнути проносного ефекту. Принаймні одне дослідження показало, що епілептичний статус можна лікувати ректальним введенням карбамазепіну. Якщо пацієнт тільки починає лікування карбамазепіном або з моменту введення останньої дози карбамазепіну пройшло більше 10 днів, можна почати прийом підтримуючої дози карбамазепіну, використовуючи графік титрування, зазначений вище.

**4.2. Вальпроєва кислота:** сироп або ін'єкції вальпроєвої кислоти можна ректально вводити в дозах не менше 500 мг. При лікуванні епілептичного статусу дози повинні відповідати вимогам внутрішньовенного дозування при епілептичному статусі. Щоб уникнути проносного ефекту, може знадобитися розведення сиропу. Щоб уникнути великих обсягів препарату, може бути необхідним поділ дози.

**4.3. Ламотриджин:** ламотриджин може бути альтернативою карбамазепіну або вальпроєвій кислоті. У дослідженнях використовувалися подрібнені таблетки для внутрішнього прийому, змішані з рідиною і вводили ректально. Біодоступність ламотриджину після ректального введення становить 50-60% від біодоступності при пероральному прийомі. Навантажувальні дози ламотриджину не вивчалися.

**4.4. Леветирацетам:** деякі дані, отримані в експериментах за участю людей і собак, вказують на те, що леветирацетам всмоктується ректально. Можна використовувати внутрішньовенний препарат або розчин для вживання. Дози повинні бути такими, як внутрішньовенні дози, що застосовуються при епілептичному статусі.

## **5. Міркування, що до медикаментозного лікування у особливих ситуаціях**

### **5.1. Вігабатрін**

Вігабатрін використовується спеціально для лікування інфантильних епілептичних спазмів; хоча в поодиноких випадках він також використовується при рефрактерних нападах з фокальним початком, особливо коли вони виникають унаслідок захворювання спектра комплексу туберозного склерозу (TSC).

**Інфантильні епілептичні спазми** – це напади, що починаються на першому році життя незалежно від основної причини. У пацієнтів часто спостерігається плато розвитку з появою кластерів згинальних або розгинальних спазмів, часто пов'язаних з циклом сон-неспанья, найчастіше спостерігаються під час пробудження. Часто спостерігається глибоко аномальна ЕЕГ із високоамплітудними неорганізованими спайками та повільнохвильовою активністю, також відома як гіпсаритмія. Хоча ЕЕГ рекомендується виконувати при підозрі на цей діагноз, відсутність доступу до ЕЕГ не повинна затримувати лікування. Діагностика та лікування мають бути своєчасними, щоб оптимізувати довгострокові результати розвитку нервової системи. Лікування вибору – комбінована терапія стероїдами та вігабатрином після встановлення діагнозу, за винятком випадків, коли діагноз туберозного склерозу очевидний і достатньо одного вігабатрину. При цьому без терапії вігабатрином можна використовувати тільки стероїди. Відмінностей між лікуванням пероральними *та* ін'єкційними стероїдами не виявлено, тому пероральні стероїди здаються більш безпечними та простими у застосуванні в екстрених кризових ситуаціях.

При початковому лікуванні вперше виявлених інфантильних спазмів *розпочніть* лікування преднізолоном у дозі 10 мг 4 рази на день. Якщо спазми припиняться протягом 7 днів, слід продовжити прийом у тому ж дозуванні протягом 14 днів, а потім скасовувати протягом 15 днів:

- зменшити до 10 мг тричі на день протягом 5 днів
- потім 10 мг двічі на день протягом 5 днів.
- потім 10 мг один раз на день протягом 5 днів, а потім припинити.

Якщо спазми продовжуються через 7 днів, збільште дозу до 20 мг 3 рази на день протягом наступних 7 днів, потім скасовуйте протягом 15 днів.

- зменшити до 10 мг чотири рази на день протягом 5 днів
- потім 10 мг двічі на день протягом 5 днів
- потім 10 мг один раз на день протягом 5 днів, а потім припинити.

Якщо преднізолон недоступний, можна використовувати гідрокортизон. Еквівалентне співвідношення при розрахунку дози гідрокортизону до преднізолону становить 4:1. Обмежені дані свідчать, що дексаметазон може бути не таким ефективним, але його можна як альтернативу за відсутності інших стероїдів. Лікування другої лінії (і в



ситуаціях, коли гормональна терапія або вігабатрін абсолютно недоступні) включає бензодіазепіни (наприклад, клобазам, нітразепам, клоназепам), топірамат або леветирацетам.

**Застосування вігабатрину при фокальних судомах:** За відсутності вігабатрина розгляньте можливість переходу на інший відповідний ASM (таблиця 1).

### **5.1. Синдром Драве**

Синдром Драве є комплексною епілептичною енцефалопатією з раннім початком. Ліки, що найбільш використовуються при синдромі Драве, включають вальпроат натрію, клобазам і стирипентол. Останній препарат використовується у поєднанні з вальпроатом натрію та/або клобазамом. Якщо стирипентол недоступний і, отже, його застосування припинено, дозу вальпроату натрію слід збільшити на одну третину, а клобазаму – на 50%. Інші супутні ПСП, які метаболізуються системою цитохрому Р-450, також можуть потребувати збільшення дози. Може знадобитися коригування відповідно до реакції пацієнта та побічних ефектів, особливо сонливості.

ПРИ БУДЬ-ЯКИХ ОБСТАВАХ ВИКОРИСТАННЯ БЛОКАТОРІВ НАТРІЄВИХ КАНАЛІВ (НАПРИКЛАД, ФЕНІТОІНА, КАРБАМАЗЕПІНА, ОКСКАРБАЗЕПІНА, ЕСЛІКАРБАЗЕПІНА АЦЕТАТУ НЕДОПУСТИМЕ ЧЕРЕЗ РИЗИК ПОГІРШЕННЯ НАПАДІВ. При цьому, якщо людина ведеться і стабільна на ламотриджині, його скасування може бути невиправданим .

### **5.2. Епілептична енцефалопатія та енцефалопатія розвитку з продовженою спайк-хвильовою активністю уві сні (раніше відома як епілепсія з електричним епілептичним статусом у фазу повільного сну)**

Це дуже специфічний синдром, у якому явні напади може бути нечастими, але погіршення когнітивних чи мовних функцій пов'язані з розвитком безперервної спайк-хвильової активності під час повільного сну. Діагноз не може бути поставлений без запису ЕЕГ під час сну та неспанья. Лікування у вигляді гострого когнітивного погіршення полягає у введенні високих доз стероїдів. Це може бути пероральний прийом преднізолону (2 мг/кг/день) протягом 8-12 тижнів з подальшою поступовою відміною препарату протягом

6 місяців. Як альтернативу можна використовувати гідрокортизон. Безпечними альтернативами є бензодіазепіни, особливо клобазам на ніч. Можливим є застосування етосуксиміду та ламотриджину.

### **5.3. Синдром Леннокса - Гасто**

Особи з цим діагнозом з найбільшою ймовірністю мають складну епілепсію, що характеризується множинними типами нападів, включаючи тонічні напади, друп (атонічні/тонічні) напади, атипові абсанси та часті епізоди епілептичного статусу, особливо безсудомного. Ефективні препарати - вальпроат натрію, леветирацетам, клобазам, клоназепам, ламотриджин, зонісамід та топірамат. Також можна використовувати каннабідіол (у Європі разом із клобазамом). Якщо людина знаходиться на комбінованій терапії і каннабідіол стає недоступним, дозу клобазаму слід збільшити на чверть. Хоча багато пацієнтів реагують на бензодіазепіни, в окремих випадках їх тонічні судоми можуть посилюватися. Інші ASM, яких слід уникати у цих пацієнтів, включають карбамазепін, окскарбазепін, фенітоїн та ацетат еслікарбазепіну.

### **5.4. Вагітні жінки**

Деякі ліки (наприклад, вальпроат) можуть спричинити проблеми у ненародженої дитини (наприклад, вади розвитку, проблеми з розвитком нервової системи), і тому їх слід уникати у жінок дітородного віку. Проте ризик нападів необхідно порівняти з ризиком продовження прийому ліків. Леветирацетам та ламотриджин вважаються більш безпечними варіантами ASM залежно від типу епілепсії.

### **5.5. Літні пацієнти**

При використанні ASM у людей похилого віку необхідно враховувати ефект взаємодії з супутніми препаратами у контексті поліпрагмазії. Літні пацієнти можуть відчувати більш виражені побічні ефекти від ASM порівняно з молодшими пацієнтами та в цілому мають більш вузьке терапевтичне вікно та більший ступінь індивідуальних варіацій щодо побічних ефектів. Крім того, слід враховувати погіршення функції нирок та печінки. Необхідна корекція дози в залежності від ASM, що використовується. Наприклад, ниркова

елімінація леветирацетаму знижується з віком до 50% при досягненні людиною з епілепсією 65 років і більше. Функцію нирок завжди слід оцінювати у людей похилого віку перед початком прийому ASM, які в основному виводяться нирками.

#### **5.6. Інші складні медичні проблеми**

При використанні ASM у людей зі складними медичними проблемами (наприклад, високий кров'яний тиск, гіперліпідемія тощо) необхідно враховувати ефект взаємодії з цими медичними проблемами, а також із супутніми ліками через поліпрагмазію.

**Таблиця 1.** Вибір протисудомних препаратів залежно від епілептичних синдромів/типів нападів.

<b>Синдром/тип нападу</b>	<b>Варіанти лікування</b>
Інфантильні епілептичні спазми	<i>АКТГ, пероральні кортикостероїди, вігабатрін, топірамат, ламотриджин, леветирацетам, нітразепам, зонісамід</i>
Синдром Леннокса-Гасто	<i>Вальпроат, ламотриджин, топірамат, клобазам, леветирацетам, руфінамід, каннабідіол</i>
Синдром Драве	<i>Вальпроат, стирипентол, каннабідіол, топірамат, бензодіазепіни, фенобарбітал, етосоксимід, леветирацетам</i> <b>Карбамазепін, фенітоїн, вігабатрін та ламотриджин протипоказані.</b>
Епілепсія з міоклонічними атонічними нападами (синдром Дуза)	<i>Вальпроат, ламотриджин, етосуксимід, бензодіазепіни, ацетазоламід, леветирацетам, руфінамід, топірамат</i> <b>Карбамазепін, фенітоїн та вігабатрін протипоказані.</b>
Прогресуючі міоклонічні епілепсії	<i>Вальпроат, топірамат, бензодіазепіни, фенобарбітал, пірацетам, леветирацетам</i> <b>При мітохондріальних захворюваннях вальпроат протипоказаний.</b>
Епілептична енцефалопатія та енцефалопатія розвитку з продовженою спайк-	<i>Вальпроєва кислота, діазепам, етосуксимід, сультім, бензодіазепіни, стероїди.</i> <b>Карбамазепін і, можливо, фенобарбітал та фенітоїн можуть іноді посилювати синдром.</b>

<p>хвильовою активністю у ві сні (раніше синдром Ландау- Клеффнера)</p>	
<p>Епілепсія з центро- темпоральними спайками, що обмежується самостійно ( SELECTS - раніше відома як доброякісна роландична епілепсія або доброякісна епілепсія з центро- темпоральними спайками)</p>	<p><i>Карбамазепін, окскарбазепін, габапентин, вальпроат, ламотриджин, леветирацетам</i></p>
<p>Фокальні епілепсії, що обмежуються самостійно (SeLFE) (наприклад, доброякісні потиличні епілепсії)</p>	<p><i>Вальпроат, леветирацетам, карбамазепін, клобазам</i></p>
<p>Дитяча (ДАЕ) та ювенільна (ЮАЕ) абсансна епілепсія</p>	<p><i>Етосуксїмід (при ДАЕ), вальпроат (при ЮАЕ), ламотриджин, топїрамат, зонїсамїд, ацетазоламїд, бензодїазепїни</i></p>
<p>Ювенільна мїоклонїчна епїлепсія (ЮМЕ)</p>	<p><i>Вальпроат є препаратом вибору у чоловїкїв, а леветирацетам – у жїнок. Ламотриджин, топїрамат, зонїсамїд, бензодїазепїни</i></p>

Діти з фокальними нападами	<i>Карбамазепін, ламотриджин, леветирацетам, окскарбазепін, лакосамід, зонісамід, бриварацетам, топірамат, перампанел</i>
Дорослі з фокальними нападами	<i>Ламотриджин, леветирацетам, лакосамід, бриварацетам, карбамазепін, окскарбазепін, еслікарбазепіну ацетат, фенітоїн, топірамат, перампанел, фенобарбітал, габапентин, ценобамат, зонісамід</i>
Літні люди з фокальними нападами	<i>Ламотриджин, леветирацетам, лакосамід, габапентин, зонісамід</i>
Діти з генералізованими тоніко-клонічними (ГТК) нападами	<i>Ламотриджин, бриварацетам, лакосамід, леветирацетам, топірамат, зонісамід, вальпроат, фенобарбітал</i>
Дорослі з ГТК випадками	<i>Вальпроат, ламотриджин, леветирацетам, лакосамід, бриварацетам, топірамат, зонісамід, окскарбазепін, карбамазепін, перампанел, фенітоїн, фенобарбітал</i>
Літні люди з ГТК випадками	<i>Леветирацетам, ламотриджин, лакозамід</i>
Атонічні судоми	<i>Вальпроат, топірамат, руфінамід, ламотриджин, леветирацетам, каннабідіол, фелбамат, фенобарбітал, зонісамід</i>
Тонічні судоми	<i>Вальпроат, топірамат, руфінамід, ламотриджин, клобазам, леветирацетам, каннабідіол, фелбамат, фенобарбітал, зонісамід</i>

\* Препарат першого вибору виділено курсивом.

Адаптовано з Asadi-Pooya AA, Sperling MR. Протиепілептичні препарати: Посібник для клініциста. Друге видання. Нью-Йорк, видавництво Оксфордського університету; 2016.

**Таблиця 2. Бензодіазепіновий місток**

<b>Бензодіазепіни</b>	<b>Еквівалентна пероральна доза (порівняно з лоразепамом)</b>	<b>Рекомендована доза</b>
Клобазам	10	Дорослі: 20 мг на добу, макс. 40 мг/день Діти: 0,5 мг/кг/доза двічі на день, макс. 2 мг/кг/день
Клоназепам	0,25-0,5	Дорослі: 1-2 мг на добу, макс. 4 мг/день Діти: 0,025-0,05 мг/кг кожні 12 год, макс. 0,1 мг/кг/кожні 12 годин
Діазепам	5	Дорослі: 5-10 мг кожні 8-12 годин, макс. 30-40 мг/день Діти: 0,1-0,15 мг/кг кожні 8 годин, макс. 0,2 мг/кг/кожні 8-12 годин
Лоразепам	1	Дорослі: 1-2 мг кожні 8-12 годин, макс. 4 мг/кожні 8-12 годин Діти: 0,03 мг/кг – 0,05 мг/кг кожні 8 годин, максимум 2 мг кожні 8 годин.

Бензодіазепінові містки не слід використовувати у людей похилого віку або в осіб, схильних до делірію.