

УДК 616.853-02:616.831-001]-037-085.213:614.27

DOI <https://doi.org/10.32782/health-2025.4.12>

ПОСТТРАВМАТИЧНА ЕПІЛЕПСІЯ: КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИСУДОМНОЇ ТЕРАПІЇ ТА РОЛЬ ПРОГРАМИ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»

Гриньків Ярина Орестівна,
кандидат фармацевтичних наук,
доцент кафедри організації і економіки фармації,
технології ліків та фармакоеконіміки ФПДО
ДНП «Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького»
ORCID: 0000-0002-4726-363

Посттравматична епілепсія (ПТЕ) є одним із найбільш серйозних ускладнень черепно-мозкової травми (ЧМТ), особливо в умовах воєнного конфлікту, коли частота проникаючих та вибухових ушкоджень головного мозку значно зростає. За даними літератури, ризик розвитку ПТЕ після тяжкої ЧМТ становить 7–39%, а після проникаючої – понад 57%. Хвороба часто має хронічний перебіг, суттєво погіршує якість життя пацієнтів, призводить до інвалідизації працездатного населення та створює значне соціально-економічне навантаження на систему охорони здоров'я. Незважаючи на сучасні досягнення в неврології та фармакотерапії, питання ефективної профілактики та лікування ПТЕ залишаються дискусійними, зокрема через відсутність надійних біо-маркерів для прогнозування розвитку нападів та обмежену ефективність існуючих протинападкових препаратів (ПНП) у запобіганні пізньої ПТЕ.

Метою дослідження було проаналізувати клінічну ефективність та безпеку протинападкових препаратів різних поколінь у профілактиці та лікуванні посттравматичної епілепсії на основі даних міжнародних клінічних випробувань, наукових публікацій та вітчизняних спостережень, а також оцінити вплив державної програми «Доступні ліки» на доступність сучасної фармакотерапії та формування реальної клінічної практики в Україні.

У роботі використано дані міжнародних наукових баз, клінічних рекомендацій, аналітичних публікацій, а також офіційні нормативні документи Міністерства охорони здоров'я України – зокрема, Державний реєстр лікарських засобів (станом на вересень 2025 року) та перелік лікарських засобів, що входять до Програми державного відшкодування «Доступні ліки» (станом на 1 липня 2025 року). Застосовано методи інформаційного пошуку, узагальнення, порівняльного, маркетингового (аналіз за виробниками, форми випуску, ринковою представленістю) та системного аналізу наукової, клінічної та регуляторної інформації.

Аналіз показав, що леветирацетам є оптимальним препаратом першої лінії для профілактики ранніх посттравматичних нападів (до 7 днів після ЧМТ), маючи сприятливий профіль безпеки та ефективності. Фенітоїн і карбамазепін ефективні лише у запобіганні ранніх, але не пізніх нападів, тому їх застосування обмежене гострим періодом. Профілактичне призначення ПНП у гострому періоді ЧМТ не запобігає розвитку хронічної ПТЕ. Новіші препарати (лакозамід, ламотриджин) демонструють потенційну нейропротекторну дію, проте їх роль у профілактиці ПТЕ потребує подальшого вивчення. У рамках Програми «Доступні ліки» представлено 6 МНН ПНП (35% від зареєстрованих у країні), переважно у таблеткових формах. Українські виробники домінують у виробництві карбамазепіну, тоді як для ламотриджину та леветирацетаму ширше представлені міжнародні компанії. Виявлено значні коливання розміру доплат для однакових МНН залежно від виробника, лікарської форми та дозування. Препарати з нульовою доплатою (зокрема, дисперговані таблетки ламотриджину та леветирацетам у всіх дозуваннях) забезпечують кращу приверженість до терапії.

Леветирацетам є найбільш оптимальним варіантом початкової терапії ПТЕ завдяки клінічній ефективності, безпеці та повній фінансовій доступності в рамках Програми «Доступні ліки». Програма забезпечує базовий вибір ПНП, проте її обмеженість (лише 35% зареєстрованих МНН) та істотні цінові розбіжності між еквівалентними препаратами вказують на необхідність розширення переліку та впровадження єдиних підходів до ціноутворення. Для забезпечення стабільного терапевтичного ефекту при хронічному перебігу ПТЕ критично важливим є врахування не лише клінічних, а й економічних аспектів призначення лікування, зокрема шляхом вибору препаратів з мінімальною або нульовою доплатою.

Ключові слова: черепно-мозкова травма, посттравматична епілепсія, протинападкові препарати, програма «Доступні ліки».

Yaryna Hrynkiv. Post-traumatic epilepsy: clinical efficacy of anticonvulsant therapy and the role of the “Accessible Medicines” program

Post-traumatic epilepsy (PTE) represents one of the most severe complications of traumatic brain injury (TBI), particularly in the context of armed conflict, where the incidence of penetrating and blast-related brain injuries has significantly increased. According to the literature, the risk of PTE following severe TBI ranges from 7% to 39%, and exceeds 57% after penetrating TBI. PTE accounts for approximately 20% of acquired epilepsy cases and 5% of all

epilepsy cases overall. The condition often follows a chronic course, substantially impairing patients' quality of life, leading to disability among the working-age population, and imposing a considerable socio-economic burden on healthcare systems. Despite advances in neurology and pharmacotherapy, effective prevention and treatment of PTE remain challenging, primarily due to the lack of reliable biomarkers for predicting seizure onset and the limited efficacy of existing anticonvulsant drugs (ACDs) in preventing late-onset PTE.

This study aimed to evaluate, based on international clinical trials, scientific publications, and domestic clinical observations, the clinical efficacy and safety of anticonvulsant drugs of different generations in the prevention and treatment of post-traumatic epilepsy in patients with TBI. Additionally, the study assessed the impact of Ukraine's national "Affordable Medicines" program on the accessibility of modern pharmacotherapy and its influence on real-world clinical practice.

The research utilized data from international scientific databases, analytical and clinical publications, as well as official regulatory documents issued by the Ministry of Health of Ukraine—specifically, the State Register of Medicinal Products (as of September 2025) and the list of medicines included in the "Affordable Medicines" reimbursement program (as of July 1, 2025). The study employed methods of information retrieval, generalization, comparative analysis, marketing analysis (examining medicines by manufacturer, dosage form, and market availability), and systematic analysis of aggregated data from scientific, clinical, and regulatory sources.

The analysis revealed that levetiracetam is the optimal first-line agent for the prevention of early post-traumatic seizures (within 7 days after TBI), demonstrating a favorable efficacy and safety profile. Phenytoin and carbamazepine are effective only in preventing early—but not late—seizures, thus their use is limited to the acute phase. Prophylactic administration of ACDs during the acute period of TBI does not prevent the development of chronic PTE. Newer-generation drugs (e.g., lacosamide, lamotrigine) show potential neuroprotective and antiseizure effects; however, their role in PTE prophylaxis requires further investigation through randomized controlled trials. Within the "Affordable Medicines" program, 6 international nonproprietary names (INNs) of ACDs are available (35% of all ACDs registered in Ukraine), predominantly in tablet form. Ukrainian manufacturers dominate the production of carbamazepine, whereas lamotrigine and levetiracetam are more widely represented by international companies (from Greece, India, and North Macedonia). Significant variations in patient co-payments were observed even for identical INNs, depending on the manufacturer, dosage form, strength, and pack size. Notably, certain formulations—such as dispersible lamotrigine tablets and all strengths of levetiracetam—are available with zero co-payment, enhancing treatment adherence.

Levetiracetam emerges as the most optimal initial therapy for PTE due to its proven clinical efficacy, safety, and full financial accessibility under the "Affordable Medicines" program. While the program ensures basic access to essential ACDs, its limitations—covering only 35% of registered INNs—and substantial price discrepancies among therapeutically equivalent products highlight the need for program expansion and the implementation of unified pricing policies. Given the chronic nature of PTE and the necessity for long-term pharmacotherapy, financial accessibility is a critical determinant of treatment adherence and therapeutic success. Therefore, prioritizing zero co-payment formulations (e.g., dispersible lamotrigine and all levetiracetam strengths) is both clinically and economically justified in real-world practice.

Key words: traumatic brain injury, post-traumatic epilepsy, anticonvulsant drugs, «Affordable Medicines» program.

Вступ. Частота епілепсії у загальній популяції становить 1–2%, після тяжкої черепно-мозкової травми (ЧМТ) досягає 7–39%, а після проникної ЧМТ – більше 57%, що становить близько 20% пацієнтів з набутою формою епілепсії і 5% від загальної кількості пацієнтів. У пацієнтів з наявністю епілепсії в родині ризик розвитку посттравматичної епілепсії (ПТЕ) істотно вищий після ЧМТ легкого або тяжкого ступеня [1].

Військові США вивчили фізичний розподіл травм у військовослужбовців і виявили, що голова/шия є найбільш часто ушкоджуваною ділянкою (31%), потім йдуть руки (30%), ноги (26%) і тулуб (14%)). На жаль, рутинна електроенцефалографія шкіри голови не допомагає визначити, у яких пацієнтів після ЧМТ розвинеться судомний розлад. Наразі немає інших доступних методів, які б допомогли визначити, у яких пацієнтів із ЧМТ розвинеться ПТЕ [2].

В умовах активної фази війни військовослужбовець може не повідомляти про відносно короткочасну зміну рівня свідомості або період амнезії

після вибуху, оскільки більш серйозно пораненим надається термінова допомога. Багато військовослужбовців розгортаються неодноразово та ризикують отримати численні ЧМТ. Кумулятивний вплив ЧМТ на ризик розвитку ПТЕ поки що невідомий [2].

ПТЕ була виявлена у 1/3 солдатів з травмами голови у всіх великих конфліктах 20-го століття. Крута крива захворюваності спостерігається на початку, яка триває до 2 років після травми, а через 10 років у 31% все ще спостерігаються напади. До 10 років половина пацієнтів із попередніми нападами, стають вільними від них, але чверть все ще мають напади, які не піддаються лікуванню [3].

Головне завдання терапії – зменшити частоту та інтенсивність судомних нападів, а в ідеалі – повністю позбавити від них пацієнта, забезпечити можливість пацієнта вести повноцінне життя, мінімізуючи вплив хвороби на його повсякденну активність та психічне здоров'я.

Метою дослідження було вивчення за даними наукових публікацій, міжнародних клінічних випробувань та вітчизняних спостережень клі-

нічної ефективності та безпеки протинападкових препаратів (ПНП) різних поколінь у профілактиці та лікуванні ПТЕ у пацієнтів з ЧМТ, а також урядової програми «Доступні ліки» на доступність сучасної фармакотерапії та формування реальної клінічної практики в Україні.

Матеріали дослідження: міжнародні бази даних, аналітичні та клінічні публікації, офіційні нормативні документи МОЗ України (Державний реєстр лікарських засобів (станом на вересень 2025 р.), Програма державного відшкодування «Доступні ліки» (станом на липень 2025 року)).

Використано **методи:** інформаційного пошуку; узагальнення; порівняльного, маркетингового (аналіз лікарських засобів за виробниками, формами випуску, представленням на ринку тощо) та системного аналізів сукупності даних (літературних, наукових, клінічних досліджень).

Результати дослідження. На сьогоднішній день профілактичне застосування препаратів першої лінії – леветирацетаму або фенітоїну – у перші 7 діб після ЧМТ залишається основним методом профілактики ранньої ПТЕ. Численні дослідження повідомляють про докази того, що наразі не існує фармакологічної профілактики або лікування посттравматичних нападів, а ПТЕ часто не піддається медикаментозному лікуванню. Запропоновано призначити леветирацетам для профілактики епілептичних нападів після ЧМТ. Введення етосуксиміду або фенітоїну дозозалежно послаблює частоту та тривалість несудомних нападів після проникаючої вибухоподібної травми головного мозку [4].

Лікування карбамазепіном (до 12 мг/кг/день протягом 4,5 днів) не зменшило частоту або тривалість нападів, а також не зменшило частоту ПТЕ. Вальпроат (480 мг/кг/день протягом 7 днів) зменшив частоту нападів та кумулятивну тривалість нападів [4].

Включення публікацій українських дослідників у наукову роботу має принципове значення, оскільки вони відображають специфіку національної клінічної практики та епідеміологічної ситуації. Дані вітчизняних авторів враховують доступність фармакотерапії, особливості організації нейрохірургічної та реабілітаційної допомоги, а також соціально-медичний контекст, зокрема зростання частоти ЧМТ унаслідок воєнних дій.

У низці опублікованих неконтрольованих обсерваційних досліджень оцінювався вплив фенобарбіталу та фенітоїну, фенобарбіталу, фенітоїну і вальпроєвої кислоти на профілактику розвитку ПТЕ. Результати цих досліджень показали

тенденцію до зниження ймовірності виникнення нападів у групах, які отримували лікування, порівняно з групами нелікованих пацієнтів. Для профілактики і лікування ЧМТ призначається леветирацетам, який забезпечує значне зниження ризику виникнення посттравматичних нападів [5].

Початкове лікування тяжкої ЧМТ містить у комплексі заходів застосування ПНП – леветирацетам 1500 мг в/в під час первинного обстеження та протягом 30 хвилин після прибуття у шпиталь, потім 1000 мг 2 рази на день. Препарат другої лінії – лакозамід 400 мг в/в, потім по 200 мг 2 рази на день. Препарат третьої лінії – фенітоїн 20 мг/кг одноразово, потім 300 мг на добу. Профілактичне лікування продовжується протягом 7 днів після помірної або тяжкої ЧМТ. За наявності епілептиформної активності на електроенцефалограмі лікування триває і після 7-го дня. Активні напади лікують уведенням лоразепаму 1–2 г в/в або мідазоламу 5–10 мг в/в [5].

Треба відзначити, що таке лікування застосовується для запобігання розвитку негайних і ранніх нападів та поліпшення результатів лікування гострої ЧМТ в бойових умовах. Застосування ПНП у гострому періоді ЧМТ не є методом профілактики розвитку ПТЕ [5].

У результаті одного з проведених досліджень [6] було підтверджено ефективність застосування ламотриджину в комплексній терапії пацієнтів після ЧМТ, що проявилось позитивним впливом на нейрофізіологічні та нейропсихологічні показники.

Ранні ПТЕ лікуються різними ПНП. У більшості випадків бажано вводити ліки внутрішньовенно, оскільки пацієнт перебуває на стадії одужання після ЧМТ; фенітоїн або фосфенітоїн є препаратом вибору для введення при гострих судомомах. Основними препаратами, що використовуються для лікування ПТЕ, є вальпроат і карбамазепін [7].

Найбільше досліджень донедавна було присвячено використанню для профілактики ПТЕ фенітоїну і трьох стандартних ПНП – фенобарбіталу, вальпроату, карбамазепіну, а також магnezії. Дослідники дійшли висновку, що жоден із препаратів не надає тривалого профілактичного ефекту у разі розвитку пізніх судом. Разом із тим фенітоїн і карбамазепін виявилися ефективними для запобігання раннім судомомам і не впливали на пізні. В іншому дослідженні не виявлено ефекту застосування стандартних ПНП, для їх введення запропоновано дуже обмежене тимчасове «вікно» – усього година після ЧМТ, що може потенційно викликати захисний ефект і не призвести до роз-

витку ПТЕ. Крім того, на ринку з'явилося багато нових препаратів, але вони ще не досить вивчені в напрямку профілактичної ефективності ПТЕ [1].

Отже, враховуючи аналізовані дані можна зробити попереднє узагальнення:

- Леветирацетам може бути препаратом першої лінії для профілактики ранніх посттравматичних нападів, має сприятливий профіль ефективності та безпеки у гострому періоді тяжкої ЧМТ.

- Фенітоїн і карбамазепін ефективні лише у профілактиці ранніх (≤ 7 днів), але не пізніх форм ПТЕ, тому їх застосування обмежене коротким терміном після травми.

- Профілактичне застосування ПНП в гострому періоді ЧМТ не запобігає розвитку хронічної ПТЕ, оскільки не впливає на патогенез пізніх епілептичних нападів.

- Новіші ПНП (лакозамід, ламотриджин) демонструють потенційну нейропротекторну та протисудомну дію, проте їх роль у профілактиці ПТЕ потребує подальших рандомізованих досліджень.

Наступним сегментом дослідження був аналіз урядової програми «Доступні ліки» (Програма) (повний перелік, станом на 01 липня 2025 року) [8], оскільки важливим є її безпосередній вплив на реальну клінічну практику в Україні. Програма визначає конкретний перелік препаратів, які доступні пацієнтам безкоштовно або з мінімальною доплатою, що може бути вирішальним фактором для пацієнтів з ПТЕ, які потребують довготривалого лікування.

Проаналізовано виробники з яких країн, що виготовляють ПНП є в Програмі. Встановлено, що:

- Карбамазепін виготовляється 6 заводами, з яких 5 вітчизняні, та 1 спільне підприємство (КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД/ТОВ «КУСУМ ФАРМ» (Індія/Україна)).

- Ламотриджин також має 6 виробників: Україна – 2; Індія – 2; по 1 – Греція, Північна Македонія.

- Леветирацетам – 4 виробники: Греція – 2; по 1 – Україна, Індія.

- Вальпроєва кислота та Фенобарбітал – по 2 виробники.

- Фенітоїн – 1 виробник.

Найпоширенішими лікарськими формами є таблетки (90% препаратів): звичайні таблетки (найбільш поширені); таблетки пролонгованої дії (тільки для Карбамазепіну – МЕЗАКАР® SR); таблетки, вкриті плівковою оболонкою (для Леветирацетаму); дисперговані таблетки (для Ламотриджину). Сироп як рідка лікарська форма є лише для 2 препаратів, і обидва з Вальпроєвою кислотою. В таблиці 1 наведено перелік МНН ПНП. Лікарські форми за яким вони представлені в Програмі та можливі дозування.

Виробники, що виготовляють ПНП, представлені в Програмі:

- ТОВ «Фарма Старт»: Карбамазепін (200 мг); Ламотриджин (25, 50, 100 мг); Леветирацетам (250, 500 мг).

- КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД/ТОВ «КУСУМ ФАРМ»: Карбамазепін (200, 400 мг); Ламотриджин (25, 50, 100 мг); Леветирацетам (250, 500 мг).

- ТОВ «Фармацевтична компанія «Здоров'я» – Карбамазепін (200, 400 мг).

- ТОВ «Харківське фармацевтичне підприємство «Здоров'я народу»: – Фенобарбітал (50, 100 мг).

Інші заводи виготовляють ПНП з одного МНН в одному дозуванні.

Отже, МНН, які найчастіше використовують: Карбамазепін і Ламотриджин (мають найбільше варіантів від різних виробників). Українські виробники домінують у виробництві ПНП, особливо для Карбамазепіну. Міжнародні виробники ширше представлені для Ламотриджину та Леветирацетаму (Греція, Індія, Північна Македонія). ТОВ «Фарма Старт» та КУСУМ ХЕЛТХКЕР є найбільш універсальними виробниками, пропонуючи препарати на основі трьох різних МНН. Таблеткові форми переважають у Програмі, що відповідає загальним тенденціям у лікуванні епілепсії.

Таблиця 1

Міжнародні непатентовані назви протипадкових препаратів, їх дозування та лікарські форми, які наявні в програмі «Доступні ліки» станом на 1 липня 2025 року

МНН	Дозування	Лікарська форма
Вальпроєва кислота	40; 57,64	Сироп
Карбамазепін	200; 400	Таблетки (звичайні, пролонгованої дії)
Ламотриджин	25; 50; 100	Таблетки (звичайні, дисперговані)
Леветирацетам	250; 500; 1000	Таблетки, вкриті плівковою оболонкою
Фенітоїн	117	Таблетки
Фенобарбітал	50; 100	Таблетки

Виявлено значні коливання доплат навіть для однакових МНН. Для ряду препаратів (вальпроєва кислота 40 мг, карбамазепін 200/400 мг, ламотриджин дисперговані таблетки, леветирацетам у різних дозуваннях, фенітоїн 117 мг, фенобарбітал 100 мг) доплата становить 0 грн. Найвищі доплати спостерігаються для ламотриджину (до 233,42 грн за упаковку), карбамазепіну (до 29,85 грн) та фенобарбіталу 50 мг (до 20,88 грн). Очевидно, що розмір доплати суттєво залежить від виробника, лікарської форми, дозування та кількості одиниць у споживчій упаковці.

Ефективне лікування ПТЕ потребує тривалого прийому ПНП, що створює значне фінансове навантаження на пацієнтів, тому для оптимізації лікування ПТЕ доречно віддавати перевагу препаратам з нульовою доплатою, зокрема диспергованим формам ламотриджину та леветирацетаму у різних дозуваннях.

Важливо зазначити, що вибір препарату не повинен ґрунтуватися виключно на вартості. Клінічна ефективність, переносимість, фармакокінетичні властивості та індивідуальні особливості пацієнта повинні бути основними критеріями призначення лікування. Враховуючи хронічний характер ПТЕ, що потребує позитивного або тривалого лікування, фінансова доступність терапії стає критичним фактором, який безпосередньо впливає на стабільність дотримання пацієнтами лікувального режиму та досягнення терапевтичного ефекту.

Ще одним сегментом дослідження було опрацювання Державного реєстру лікарських засобів [9] на наявність зареєстрованих МНН ПНП. Встановлено, що станом на вересень 2025 року на фармацевтичному ринку України зареєстровано 17 таких речовин: бензобарбітал, фенобарбітал, фенітоїн, клоназепам, карбамазепін, окскарбазепін, есlicарбазепін, вальпроєва кислота, вігабатрин, ламотриджин, топірамат, габапентин, леветирацетам, зонісамід, прегабалін, лікосамід, перампанел. У Програмі представлено 35% МНН ПНП, які зареєстровані на фармацевтичному ринку України. Дозувань, лікарських форм МНН та кількості доз в споживчих упаковках, очевидно, зареєстровано суттєво більше різноманіття, ніж є в Програмі.

Висновки

1. Посттравматична епілепсія може часто бути важким та відтермінованим ускладненням черепно-мозкової травми, основною причиною симптоматичної епілепсії в молодому віці, а також інвалідизації працездатного населення та зниження якості життя пацієнтів.

2. Леветирацетам є найбільш оптимальним препаратом для початкового лікування посттравматичної епілепсії, оскільки він рекомендований як засіб першої лінії для профілактики ранніх посттравматичних нападів, має сприятливий профіль ефективності та безпеки у гострому періоді тяжкої ЧМТ, а також повністю доступний через програму «Доступні ліки» без будь-якої доплати пацієнта для всіх дозувань та від усіх виробників, що забезпечує стабільність дотримання лікувального режиму.

3. Для ламотриджину спостерігається значна залежність розміру доплати від лікарської форми: дисперговані таблетки мають нульову доплату для всіх дозувань, тоді як звичайні таблетки того ж дозування можуть мати доплату до 116,20 грн за упаковку, що вказує на важливість врахування лікарської форми при призначенні терапії.

4. Українські виробники домінують у виробництві карбамазепіну (5 з 6 виробників), тоді як для ламотриджину та леветирацетаму більш широко представлені міжнародні виробники з Греції, Індії та Північної Македонії, що відображає різний рівень локалізації виробництва різних протипадкових препаратів.

5. Наявність значних цінових розбіжностей для одного і того ж препарату від різних виробників (наприклад, ламотриджин 50 мг від Алкалоїд АТ – 0 грн, а від ТОВ «Фарма Старт» – 116,20 грн) свідчить про необхідність розробки єдиних підходів до ціноутворення на еквівалентні лікарські засоби в рамках програми медичних гарантій.

6. Програма «Доступні ліки» охоплює 35% міжнародних непатентованих назв протипадкових препаратів, зареєстрованих на фармацевтичному ринку України, що обмежує вибір оптимальної терапії для пацієнтів з індивідуальними особливостями та супутніми захворюваннями.

7. Вальпроєва кислота у дозуванні 40 мг (сіроп) та фенітоїн 117 мг представлені в програмі з нульовою доплатою, що відповідає рекомендаціям щодо їх використання у лікуванні посттравматичної епілепсії, однак відсутність інших дозувань та лікарських форм обмежує гнучкість терапії.

8. Для карбамазепіну 200 мг спостерігається широкий діапазон доплат (від 0 до 29,85 грн) залежно від виробника та кількості таблеток у упаковці, що підкреслює важливість інформування лікарів та пацієнтів про можливість вибору економічно вигідного варіанту без втрати якості лікування.

9. Значні відмінності у розмірі доплат для однакових препаратів від різних виробників (наприклад, карбамазепін 200 мг від ТОВ «Фармацевтична компанія «Здоров'я» – 0 грн, а від

ТОВ «Фарма Старт» – 11,94 грн за упаковку 20 таблеток) вказують на необхідність проведення економічного аналізу вартості-ефективності для оптимізації закупівель лікарських засобів.

10. Враховуючи хронічний характер посттравматичної епілепсії та потребу в тривалому лікуванні, включення в програму «Доступні ліки» диспергованих форм ламотриджину з нульовою доплатою є стратегічно вигідним рішенням, оскільки забезпечує економію коштів для пацієнтів та підвищує стабільність дотримання лікувального режиму, що безпосередньо впливає на досягнення терапевтичного ефекту.

Перспективним напрямом подальших досліджень є розробка спеціалізованих протоколів та клінічних настанов з лікування посттравматичної епілепсії, зокрема для військовослужбовців, з урахуванням специфіки травм у бойових

умовах та особливостей фармакотерапії; необхідно провести дослідження щодо доцільності включення сучасних протинападкових препаратів у такі протоколи на основі аналізу ефективності та доступності засобів у системі «Доступні ліки»; важливим аспектом є створення комплексного інформаційного забезпечення фармацевтичної допомоги для пацієнтів з посттравматичною епілепсією та їхніх родин, з чітким визначенням ролі фармацевтів у процесі лікування, зокрема у моніторингу терапії, виявленні проблем, пов'язаних з дотриманням режиму лікування, та наданні рекомендацій щодо оптимального вибору доступних препаратів з мінімальною доплатою, що є критично важливим для забезпечення стабільного лікувального ефекту при хронічному перебігу захворювання, яке потребує тривалого прийому протисудомних засобів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Посттравматична епілепсія / О. А. Кашченко та ін. *Досягнення біології та медицини*. 2018. № 1 (31). С. 52–60. URL: <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/3397/Kashchenko.pdf?sequence=1&isAllowed=y%20>.
2. Anne Van Cott. Post-traumatic Epilepsy in Our Military and Among Civilians. *Epilepsy Foundation*. URL: <https://www.epilepsy.com/node/2450671>.
3. Piccenna, L., Shears, G., & O'Brien, T. J. (2017). Management of post-traumatic epilepsy: An evidence review over the last 5 years and future directions. *Epilepsia open*, 2 (2), 123–144. <https://doi.org/10.1002/epi4.12049>.
4. Golub, V. M., & Reddy, D. S. (2022). Post-Traumatic Epilepsy and Comorbidities: Advanced Models, Molecular Mechanisms, Biomarkers, and Novel Therapeutic Interventions. *Pharmacological reviews*, 74 (2), 387–438. <https://doi.org/10.1124/pharmrev.121.000375>.
5. Черепно-мозкова травма мирного та воєнного часу. Перспективи протинападкових препаратів у профілактиці та лікуванні посттравматичної епілепсії (огляд) / Т. Літовченко та ін. *Медицина невідкладних станів*. 2024. Т. 20, № 6. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/53859>.
6. Григорова І. А., Куфтеріна Н. С. Аспекти використання протисудомних препаратів у лікуванні хворих, які перенесли черепно-мозкову травму. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2014. № 1. С. 134–138. URL: <https://doi.org/10.22141/2224-0713.1.63.2014.80463>.
7. Y Ko D., Talavera F., Benbadis S. R. Posttraumatic Epilepsy. *Medscape*. URL: <https://emedicine.medscape.com/article/1184178-overview>.
8. Доступні ліки: повний перелік. Міністерство охорони здоров'я України. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/13fdbcb1b-0764-4a50-80a3-5c992df56c03/Dostupni_liky_17.09.25.pdf.
9. Державний реєстр лікарських засобів України. *drlz.com.ua*. URL: <http://www.drlz.com.ua/ibp/ddsite.nsf/all/shlilst?opendocument&atscode=N03>.

REFERENCES

1. Kashchenko, O. A., Denysenko, O., Volokhova, H., Liashenko, S., & Shandra, O. (2018). Posttraumatychna epilepsiia. [Post-traumatic epilepsy] *Dosiahnennia biolohii ta medysyny*, 1(1 (31)), 52–60. <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/3397/Kashchenko.pdf?sequence=1&isAllowed=y%20> [In Ukrainian].
2. Anne Van Cott. Post-traumatic Epilepsy in Our Military and Among Civilians. *Epilepsy Foundation*. URL: <https://www.epilepsy.com/node/2450671>.
3. Piccenna, L., Shears, G., & O'Brien, T. J. (2017). Management of post-traumatic epilepsy: An evidence review over the last 5 years and future directions. *Epilepsia open*, 2 (2), 123–144. <https://doi.org/10.1002/epi4.12049>.
4. Golub, V. M., & Reddy, D. S. (2022). Post-Traumatic Epilepsy and Comorbidities: Advanced Models, Molecular Mechanisms, Biomarkers, and Novel Therapeutic Interventions. *Pharmacological reviews*, 74 (2), 387–438. <https://doi.org/10.1124/pharmrev.121.000375>.
5. Litovchenko, T., Marienko, L., Dubenko, A., Litovchenko, A., & Marienko, K. (2024). Cherepno-mozkova travma myrnoho ta voiennoho chasu. Perspektyvy protynapadovykh preparativ u profilaktytsi ta likuvanni posttraumatychnoi epilepsii (ohliad) [Traumatic brain injury in peacetime and wartime. Prospects for anticonvulsant drugs in the prevention and treatment of post-traumatic epilepsy (review).]. *Medysyna nevidkladnykh staniv*, 20(6). <http://www.mif-ua.com/archive/article/53859> [In Ukrainian].
6. Hryhorova, I. A., & Kufterina, N. S. (2014). Aspekty vykorystannia protysudomnykh preparativ u likuvanni khvorykh, yaki perenesly cherepno-mozkovu travmu [Aspects of the use of anticonvulsant drugs in the treatment of patients with traumatic

brain injury]. *Mizhnarodnyi nevrolohichniy zhurnal*, (1), 134–138. <https://doi.org/10.22141/2224-0713.1.63.2014.80463> [In Ukrainian].

7. Y Ko, D., Talavera, F., & Benbadis, S. R. (2022). Posttraumatic Epilepsy. *Medscape*. <https://emedicine.medscape.com/article/1184178-overview>

8. Dostupni liky: povnyi perelik [Available medications: full list]. (2025). Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. https://moz.gov.ua/storage/uploads/13fdb1b-0764-4a50-80a3-5c992df56c03/Dostupni_liky_17.09.25.pdf [In Ukrainian].

9. Derzhavnyi reistr likarskykh zasobiv Ukrainy. [State Register of Medicinal Products of Ukraine] (2025). *drlz.com.ua*. <http://www.drlz.com.ua/ibp/ddsites/all/shlist?opendocument&atscode=N03> [In Ukrainian].

Дата першого надходження статті до видання: 19.11.2025

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 16.12.2025

Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.12.2025