

Ars et Scientia, Humanitas et Virtus!

ISSN 2708-6615 (print)

ISSN 2708-6623 (online)

**УКРАЇНСЬКИЙ
ЖУРНАЛ
ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ**

ЩОКВАРТАЛЬНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ
УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ

**ТОМ 7
1.2026**

**UKRAINIAN
JOURNAL OF
MILITARY
MEDICINE**

QUARTERLY SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL OF
UKRAINIAN MILITARY MEDICAL ACADEMY

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ БЕЗ ІММОБІЛІЗАЦІЇ ТА З МОБІЛІЗАЦІЄЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК <i>Р. В. Ішчук</i>	<94>	COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF UROLITHIASIS AMONG SERVICEMEN WITHOUT AND WITH IMMOBILIZATION OF THE LOWER EXTREMITIES <i>R.V. Ishchuk</i>
ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ		ORIGINAL RESEARCH
МУЛЬТИФОКАЛЬНА ВАКУУМНА ТЕРАПІЯ ПРИ БОЙОВІЙ ТРАВМІ ЖИВОТА <i>І.В. Собко</i>	<101>	MULTIFOCAL VACUUM THERAPY FOR COMBAT ABDOMINAL TRAUMA <i>I.V. Sobko</i>
БОЙОВА ЧЕРЕПНО-МОЗКОВА ТРАВМА: КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ ПРОВІДНИМИ КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНИМИ СИНДРОМАМИ ТА КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИМИ НАСЛІДКАМИ <i>І.І. Черненко, М.В. Маркова, Д.С. Маньковський, Р.Я. Черненко</i>	<109>	COMBAT TRAUMATIC BRAIN INJURY: CORRELATIONS BETWEEN LEADING CLINICAL-NEUROLOGICAL SYNDROMES AND CLINICAL-PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES <i>I.I. Chernenko, M.V. Markova, D.S. Mankovskiy, R.Ya. Chernenko</i>
ВІЙСЬКОВА ФАРМАЦІЯ		MILITARY PHARMACY
КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З НАБУТОЮ ЕПІЛЕПСІЄЮ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ <i>І.В. Бушуєва, А.М. Соломенний, Н.М. Борисенко, В.В. Парченко, О.П. Шматенко, А.В. Демченко</i>	<121>	CLINICAL AND SOCIAL ASPECTS OF QUALITY OF LIFE AND PROSPECTS OF PHARMACEUTICAL SUPPORT FOR PATIENTS WITH ACQUIRED EPILEPSY IN MARTIAL LAW CONDITIONS <i>I.V. Bushueva, A.M. Solomennyi, N.M. Borysenko, V.V. Parchenko, O.P. Shmatenko, A.V. Demchenko</i>
ПОШУК АНТИОКСИДАНТІВ ТА АНТИГІПОКСАНТІВ СЕРЕД ПОХІДНИХ 1,2,4-ТРИАЗОЛ-3-ТІОНІВ ЯК ПЕРСПЕКТИВНИХ ЗАСОБІВ КОРЕКЦІЇ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ, ІНДУКОВАНИХ ВОЄННИМИ ДІЯМИ <i>Д.В. Довбня, А.Г. Каплаушенко, Р.О. Щербина, О.О. Соломенна, О.В. Белозорова, В.В. Трохимчук</i>	<133>	SEARCHING FOR ANTIOXIDANTS AND ANTIHYPOXANTS AMONG 1,2,4-TRIAZOLE-3-THIONE DERIVATIVES AS PROMISING AGENTS FOR THE CORRECTION OF PATHOLOGICAL CONDITIONS INDUCED BY MILITARY HOSTILITIES <i>D.V. Dovbnia, A.G. Kaplaushenko, R.O. Shcherbina, O.O. Solomenna, O.V. Belozerova, V.V. Trokhymchuk</i>
ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМ РЕГУЛЮВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ВИРОБІВ ДЛЯ ЗУПИНКИ КРОВОТЕЧ (ТУРНИКЕТІВ) <i>Т.М. Коба, В.М. Назаркіна, І.М. Подольський, Н.А. Сліпцова, Т.М. Краснянська, І.В. Ярошенко, А.Ф. Шупко</i>	<146>	RESEARCH ON THE PROBLEMS OF REGULATION OF THE MARKET FOR MEDICAL DEVICES FOR HEMOSTASIS (TOURNIQUETS) <i>T.M. Koba, V.M. Nazarkina, I.M. Podolsky, N.A. Sliptsova, T.M. Krasnyanska, I.V. Yaroshenko, A.F. Shypko</i>
СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНЕ ТА БІОФАРМАЦЕВТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ РОЗРОБКИ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ДОГЛЯДУ ЗА КУКСОЮ <i>А.А. Котвіцька, О.А. Рубан, Г.Л. Панфілова, Т.В. Дядюн, Н. В. Хохленкова, В.В. Томчук, Д.В. Дроздов, Л.Ю. Бабінцева</i>	<160>	SOCIO-ECONOMIC AND BIOPHARMACEUTICAL RATIONALE FOR THE DEVELOPMENT OF THERAPEUTIC AND PROPHYLACTIC PRODUCTS FOR STUMP CARE <i>A.A. Kotvitska, O.A. Ruban, H.L. Panfilova, T.V. Dyadyun, N.V. Khoklenkova, V.V. Tomchuk, D.V. Drozdov, L.Yu. Babintseva</i>
АНАЛІЗ ОСНОВНИХ ХАРАКТЕРИСТИК І КЛІНІЧНИХ ПРОФІЛІВ ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У GERONТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ УКРАЇНИ <i>Є.В. Ішкова, О.І. Дяченко, В.Ю. Дяченко, Н.Д. Козак, Г.В. Зайченко</i>	<170>	ANALYSIS OF THE MAIN CHARACTERISTICS AND CLINICAL PROFILES OF ADVERSE DRUG REACTIONS IN GERONTOLOGICAL PATIENTS OF UKRAINE <i>Ye.V. Ishkova, O.I. Diachenko, V.Yu. Diachenko, N.D. Kozak, G.V. Zaychenko</i>
КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ		CLINICAL NOTICE
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ДІАГНОСТИКИ ДЕКОМПЕНСОВАНОГО ТИРЕОТОКСИКОЗУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ <i>Г.В. Осюдло, М.П. Бойчак, Л.В. Комінко, Е.П. Ольховська</i>	<181>	PECULIARITIES OF THE COURSE AND DIAGNOSIS OF DECOMPENSATED THYROTOXICOSIS IN MILITARY PERSONNEL AT MARTIAL LAW CONDITIONS <i>G.V. Osyodlo, M.P. Boichak, L.V. Kominko, E.P. Olkhovska</i>
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ КРАШ-СИНДРОМУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ <i>С.А. Гусєва, О.М. Остапишен, А.В. Гусєв, Я.П. Гончаров, П.О. Дубовецький, Р.А. Зацаринний, О.О. Попов</i>	<190>	CLINICAL CASE OF CRUSH SYNDROME DIAGNOSIS USING MULTIMODAL ASSESSMENT <i>S.A. Husieva, O.M. Ostapyshen, A.V., Husiev, I.P. Goncharov, P.O. Dubovetskiy, R. A. Zatsarynniy, O.O. Popov</i>
КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ РЕКОНСТРУКЦІЇ УКУШЕНО-РВАНОЇ РАНИ НОСА <i>С. В. Тertiшній, І. П. Хоменко, С. О. Король, С. А. Асланян, А. О. Компанієць, Ю. О. Дудченко</i>	<203>	RECONSTRUCTION OF A NASAL TIP DEFECT – A CASE REPORT <i>S. V. Tertyshnyi, I. P. Khomenko, S. O. Korol, S. A. Aslanyan, A. O. Kompaniiets, Y. O. Dudchenko</i>

CLINICAL AND SOCIAL ASPECTS OF QUALITY OF LIFE AND PROSPECTS OF PHARMACEUTICAL SUPPORT FOR PATIENTS WITH ACQUIRED EPILEPSY IN MARTIAL LAW CONDITIONS**I.V. Bushueva¹, A.M. Solomennyi², N.M. Borysenko³, V.V. Parchenko¹,
O.P. Shmatenko², A.V. Demchenko³**¹Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhzhia, Ukraine²Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine³Chercasy Medical Academy, Cherkasy, Ukraine

Introduction. Epilepsy essentially affects the quality of life (QOL) of people, limiting their social activity, working capacity and psycho-emotional state, which makes the assessment of QOL a priority task of modern medicine. The relevance of the study is enhanced in conditions of martial law, where the psycho-emotional load and the risks of acquired epilepsy increase. The data obtained are critically important for providing high-quality and targeted pharmaceutical care to military and civilian populations, optimizing therapy and psychosocial support.

The aim of the study was to assess the quality of life of patients with acquired epilepsy using a questionnaire covering 7 key aspects. The analysis of the collected data is aimed at identifying the most vulnerable aspects of quality of life and identifying their relationships, which will ultimately contribute to the development of effective strategies to improve the health and well-being of patients in the face of modern challenges.

Materials and Methods. The study involved 37 patients with a confirmed diagnosis of acquired epilepsy who were treated in healthcare institutions in Cherkasy, Dnipropetrovsk and Zaporizhzhia regions. The sample consisted of 37 participants. To calculate the size, the following parameters were taken into account: confidence level (the probability that the sample results reflect the real situation in the population. Usually 95% (Z -score = 1.96); margin of error (the permissible error in the results is $\pm 5\%$ for the average score); standard deviation (σ), the expected variability of the data in the population (for questionnaires with a scale of 1–5 or normalized scores (0–100%) $\sigma \approx 15$ –20%); population size (N – the number of all potential respondents (patients with acquired epilepsy); expected proportion (p) – for binary data (for example, the percentage of respondents with a low psycho-emotional state) is usually $p = 0.5$ (maximum variability). The calculation showed that the study with the participation of 37 respondents allows to estimate the average scores by sections of the questionnaire with an error of ~ 5 –10% at a confidence level of 95%. Total scores by sections were calculated for each respondent. Correlation analysis was performed using Spearman's coefficient to assess the relationships between sections. The study was conducted in compliance with ethical principles (Declaration of Helsinki). Participants provided informed consent. The data is anonymized, confidentiality is ensured (protocol of the Bioethics Commission of the ZSMFU No 9 29.08. 2025).

Research results. Based on the data of 37 respondents, average and normalized scores were calculated for seven sections of the questionnaire. The highest normalized score (80.33%) was recorded in the section «Treatment adherence», indicating a high level of adherence to treatment recommendations. At the same time, the lowest score (66.48%) was recorded for the section «Psycho-emotional state», indicating significant problems in this area, as confirmed by the detailed score distribution histogram. The sections «Social activity» (68.10%) and «Working capacity» (69.45%) also show relatively low indicators. Correlation analysis revealed strong negative associations between attack frequency and quality of life (e.g. with daily activity ($r = -0.73$)), as well as strong positive correlations between daily activity, sociality and psycho-emotional state (e.g., $r = 0.93$ between daily activity and psycho-emotional state).

Conclusions. The indicators of the sections «Psycho-emotional state» (66.48%), «Social activity» (68.10%) and «Work capacity» (69.45%) have the lowest normalized scores, which indicates significant problems in these areas. The frequency and severity of attacks are negatively correlated with «Daily activity» ($r = -0.73$), «Social activity» ($r = -0.68$) and «Psycho-emotional state» ($r = -0.66$), emphasizing the need for effective control. The high normalized score (80.33%) and moderate positive correlation (0.62–0.81) with other sections indicate its importance for improving the quality of life. The strong correlation between daily activity and psycho-emotional state ($r = 0.93$) indicates that maintaining activity can improve psycho-emotional well-being. The study suggests implementing psychoemotional support, social integration programs, optimizing seizure control, and increasing compliance to improve patients' quality of life.

Keywords: acquired epilepsy, antiepileptic drugs, quality of life, survey (questionnaire), clinical and social aspects, pharmaceutical care, working capacity, social, daily activity, psycho-emotional state.

Вступ. Епілепсія є одним із найпоширеніших хронічних неврологічних захворювань, що суттєво впливає на ЯЖ пацієнтів, обмежуючи їхню соціальну активність, працездатність та психоемоційний стан. У сучасному світі, де фокус медичної допомоги зміщується від суто клінічних показників до пацієнтоорієнтованих результатів, оцінка ЯЖ набуває першочергового значення. Це дослідження є актуальним та сучасним, оскільки воно не лише відображає комплексний вплив набутої епілепсії на різні аспекти життєдіяльності, але й підкреслює критичну потребу в адаптованих стратегіях підтримки [1-3].

Особливої гостроти питання якості життя пацієнтів з епілепсією набуває в умовах воєнного стану [4, 5]. Зростання психоемоційного навантаження, обмежений доступ до спеціалізованої медичної допомоги, а також потенційне збільшення випадків набутої епілепсії внаслідок травм, роблять це дослідження життєво важливим [6]. Отримані дані є необхідними для надання більш якісної та цілеспрямованої фармацевтичної допомоги як військовослужбовцям, що повертаються з зони бойових дій, так і цивільному населенню, яке перебуває під впливом постійного стресу та ризиків. Розуміння проблемних аспектів ЯЖ дозволить фармацевтичним працівникам не лише оптимізувати медикаментозну терапію, але й надавати ефективні консультації щодо комплаєнтності, управління побічними ефектами та психосоціальної підтримки [7-9].

Метою дослідження було оцінити ЯЖ пацієнтів із набутою епілепсією за допомогою анкети, що охоплює 7 ключових аспектів: самооцінка загального стану здоров'я, частота та тяжкість нападів, працездатність, соціальна активність, щоденна активність, психоемоційний стан та комплаєнтність. Анкета складалася з 48 питань, відповіді на які оцінювалися за шкалою від 1 до 5. У дослідженні взяли участь 37 респондентів. Аналіз даних проводився для визначення проблемних аспектів якості життя та їх взаємозв'язків, що може допомогти у розробці стратегій покращення стану здоров'я військових та цивільних пацієнтів.

Матеріали і методи дослідження. У дослідженні взяли участь 37 пацієнтів із підтвердженим діагнозом набутої епілепсії, які проходили лікування в закладах охорони здоров'я Черкаської, Дніпропетровської і Запорізької областей. Критерії включення: вік від 18 років, діагноз набутої епілепсії,

здатність самостійно заповнити анкету. Критерії виключення: супутні неврологічні розлади, відмова від участі в опитуванні. Вибірка складалася 37 учасників (без деталізації демографії).

Для розрахунку розміру вибірки враховувались такі параметри: рівень довіри (ймовірність того, що результати вибірки відображають реальну ситуацію в популяції. Зазвичай 95% (Z-оцінка = 1,96); похибка (допустима помилка в результатах – $\pm 5\%$ для середнього балу); стандартне відхилення (σ), очікувана мінливість даних у популяції (для анкет зі шкалою 1-5 або нормалізованими балами (0-100%) $\sigma \approx 15-20\%$); розмір популяції (N – кількість усіх потенційних респондентів (пацієнтів із набутою епілепсією); очікувана частка (p) – для бінарних даних (наприклад, відсоток респондентів із низьким психоемоційним станом) переважно складає $p = 0,5$ (максимальна мінливість).

Для оцінки достатності вибірки використано формулу (1) для оцінки середнього значення:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \sigma^2}{E^2}, \quad (1)$$

де: N – розмір вибірки;

Z – Z-оцінка для рівня довіри (1,96 для 95%);

σ – стандартне відхилення (15 – для нормалізованих балів);

E – похибка (наприклад, 5%).

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 15^2}{5^2} = \frac{3,8416 \cdot 225}{25} = \frac{864,36}{25} = 34,57 \approx 35$$

Отже, розрахунок показав, що дослідження за участю 37 респондентів дозволяє оцінити середні бали за розділами анкети з похибкою $\sim 5-10\%$ при рівні довіри 95%. Ця вибірка достатня для описової статистики та виявлення сильних кореляцій (наприклад, між щоденною активністю та психоемоційним станом, $r=0,93$).

Для кожного респондента розраховувалися сумарні бали за розділами. Для порівняння розділів бали нормалізувалися до відсоткової шкали (0-100%) за формулою (2):

$$\text{Відсоток} = \left(\frac{\text{Сума балів}}{\text{Максимальний бал}} \right) \times 100, \quad (2)$$

Кореляційний аналіз у дослідженні проводився за допомогою коефіцієнта рангової кореляції Спірмена (r_s), який використовується для оцінки взаємозв'язків між змінними, що мають непараметричний розподіл або виражені в порядкових шкалах за формулою (3):

$$r_s = \frac{6 \sum d_i}{n(n^2-1)}, \quad (3)$$

де: r_s – коефіцієнт кореляції

Спірмена (значення від -1 до 1);

d_i – різниця між рангами відповідних значень двох змінних для кожного респондента ($d_i = R_{xi} - R_{yi}$, де R_{xi} та R_{yi} – ранги значень змінних x та y);

$\sum d_i^2$ – сума квадратів різниць рангів;

n – кількість пар спостережень ($n = 37$, в дослідженні брали участь 37 респондентів).

Результати візуалізовано у вигляді гістограми (для психоемоційного стану) та теплової карти кореляцій.

Методи, застосовані у дослідженні: описовий, статистичний, кореляційний. Дослідження проводилося з дотриманням етичних принципів (Гельсінської декларація). Учасники надали інформовану згоду. Дані анонімізовано, конфіденційність забезпечено (протокол біоетичної комісії ЗДМФУ № 9 від 29.08.2025 року).

Результати та їх обговорення. На основі даних, отриманих від 37 респондентів (анкета, табл. 1) розраховано середні бали та нормалізовані бали (у відсотках) для кожного розділу. Результати надано в таблиці 2.

Таблиця 1

Анкета для оцінки якості життя пацієнтів із набутою епілепсією

№ з\п	КРИТЕРІЙ, ЩО ОЦІНЮЄТЬСЯ	ПИТАННЯ КРИТЕРІЮ	ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ
I.9	Самооцінка загального стану здоров'я	1) Як би ви оцінили свій загальний стан здоров'я на сьогодні?	Шкала: 1 – дуже поганий, 5 – дуже хороший
		2) Чи відчуваєте ви, що епілепсія впливає на ваше загальне самопочуття? Якщо так, то як саме?	Відкрите питання
		3) Чи змінилася ваша самооцінка здоров'я після встановлення діагнозу епілепсії?	Шкала: 1 – значно погіршилася, 5 – значно покращилася
II.	Оцінка частоти та тяжкості нападів	1) Як часто у вас трапляються епілептичні напади?	Варіанти: щодня, кілька разів на тиждень, раз на тиждень, рідше ніж раз на місяць, ніколи
		2) Як би ви оцінили тяжкість ваших нападів?	Шкала: 1 – дуже легкі, 5 – дуже тяжкі
		3) Чи впливають напади на вашу здатність виконувати повсякденні справи?	Шкала: 1 – зовсім не впливають, 5 – значно впливають
		4) Чи помітили ви тригери (наприклад, стрес, недосипання), які провокують напади? Якщо так, які саме?	Відкрите питання
		5) Чи відчуваєте ви попереджувальні ознаки перед нападом (ауру)? Якщо так, опишіть їх.	Відкрите питання
III.	Оцінка працездатності	1) Чи впливає епілепсія на вашу здатність працювати або навчатися? (Шкала: 1 – зовсім не впливає, 5 – значно впливає)	Шкала: 1 – зовсім не впливає, 5 – значно впливає
		2) Чи довелося вам змінювати роботу/навчання через епілепсію? Якщо так, як саме?	Відкрите питання
		3) Чи відчуваєте ви труднощі з концентрацією або пам'яттю під час роботи/навчання?	Шкала: 1 – немає труднощів, 5 – значні труднощі
		4) Як часто вам доводиться брати відгули або пропускати роботу/навчання через епілепсію?	Варіанти: ніколи, рідко, іноді, часто, завжди
IV.	Оцінка соціальної активності	1) Чи впливає епілепсія на вашу взаємодію з друзями та родиною?	Шкала: 1 – зовсім не впливає, 5 – значно впливає
		2) Чи уникаєте ви соціальних заходів через страх нападу?	Варіанти: ніколи, рідко, іноді, часто, завжди
		3) Чи відчуваєте ви підтримку від оточуючих щодо вашого стану?	Шкала: 1 – зовсім не відчуваю, 5 – відчуваю сильну підтримку
		4) Чи стикалися ви з дискримінацією або стигматизацією через епілепсію? Якщо так, опишіть.	Відкрите питання
		5) Як часто ви берете участь у громадських заходах (наприклад, вечірки, клуби за інтересами)?	Варіанти: ніколи, рідко, іноді, часто, завжди
		6) Чи впливає епілепсія на ваші стосунки з партнером/друзями? Якщо так, як саме?	Відкрите питання
		7) Чи відчуваєте ви себе ізольованим через епілепсію?	Шкала: 1 – зовсім ні, 5 – дуже сильно
		8) Чи берете ви участь у групах підтримки для людей з епілепсією? Якщо так, як це впливає на вас?	Відкрите питання

V.	Оцінка щоденної активності	1) Чи впливає епілепсія на вашу здатність виконувати побутові справи (прибирання, приготування їжі)?	Шкала: 1 – зовсім не впливає, 5 – значно впливає
		2) Чи можете ви самостійно пересуватися містом (громадським транспортом, пішки)?	Варіанти: так, з труднощами, ні
		3) Чи обмежує епілепсія вашу здатність займатися спортом або фізичною активністю?	Шкала: 1 – зовсім не обмежує, 5 – значно обмежує
		4) Як часто ви відчуваєте втому через епілепсію або прийом ліків?	Варіанти: ніколи, рідко, іноді, часто, завжди
		5) Чи можете ви безпечно керувати транспортними засобами? Якщо ні, як це впливає на ваше життя?	Відкрите питання
		6) Чи впливають ліки від епілепсії на вашу щоденну продуктивність?	Шкала: 1 – зовсім не впливають, 5 – значно впливають
		7) Чи доводиться вам планувати свій день з урахуванням можливих нападів? Якщо так, як саме?	Відкрите питання
		8) Чи відчуваєте ви труднощі зі сном через епілепсію?	Шкала: 1 – немає труднощів, 5 – значні труднощі
		9) Як часто ви виконуєте хобі чи улюблені заняття?	Варіанти: ніколи, рідко, іноді, часто, завжди
		10) Чи впливає епілепсія на вашу здатність доглядати за дітьми або іншими членами сім'ї?	Шкала: 1 – зовсім не впливає, 5 – значно впливає
		11) Чи відчуваєте ви страх перед виконанням певних щоденних справ через можливі напади?	Варіанти: ніколи, рідко, іноді, часто, завжди
		12) Чи потребуєте ви сторонньої допомоги для виконання щоденних справ? Якщо так, як часто?	Відкрите питання
		13) Чи впливає епілепсія на вашу здатність планувати поїздки чи подорожі?	Шкала: 1 – зовсім не впливає, 5 – значно впливає
		14) Чи обмежують вас напади у виборі дозвілля (наприклад, відвідування кіно, концертів)?	Варіанти: ніколи, рідко, іноді, часто, завжди
		15) Як ви оцінюєте свою незалежність у повсякденному житті?	Шкала: 1 – повністю залежний, 5 – повністю незалежний
VI.	Оцінка психоемоційного стану	1) Чи відчуваєте ви тривогу через епілепсію?	Шкала: 1 – зовсім ні, 5 – дуже сильно
		2) Чи бувають у вас періоди депресії або пригніченого настрою?	Варіанти: ніколи, рідко, іноді, часто, завжди
		3) Як часто ви відчуваєте стрес, пов'язаний із вашим станом?	Варіанти: ніколи, рідко, іноді, часто, завжди
		4) Чи впливає епілепсія на вашу самооцінку? Якщо так, як саме?	Відкрите питання
		5) Чи відчуваєте ви страх перед можливими нападами у громадських місцях?	Шкала: 1 – зовсім ні, 5 – дуже сильно
		6) Чи відчуваєте ви труднощі з концентрацією через емоційний стан?	Шкала: 1 – немає труднощів, 5 – значні труднощі
		7) Чи впливають ліки від епілепсії на ваш настрій?	Шкала: 1 – зовсім не впливають, 5 – значно впливають
		8) Чи відчуваєте ви підтримку від рідних чи друзів у психоемоційному плані?	Шкала: 1 – зовсім не відчуваю, 5 – відчуваю сильну підтримку
		9) Чи зверталися ви до психолога чи психіатра через епілепсію? Якщо так, як це вплинуло на вас?	Відкрите питання
		10) Як би ви оцінили свій загальний психоемоційний стан?	Шкала: 1 – дуже поганий, 5 – дуже хороший
VII.	Оцінка комплаєнтності	1) Чи регулярно ви приймаєте призначені ліки від епілепсії?	Варіанти: завжди, часто, іноді, рідко, ніколи
		2) Чи дотримуетесь ви рекомендацій лікаря щодо способу життя (сон, уникнення тригерів)?	Шкала: 1 – зовсім не дотримуюсь, 5 – повністю дотримуюсь
		3) Чи виникають у вас труднощі з прийомом ліків (наприклад, побічні ефекти, забування)? Якщо так, які саме?	Відкрите питання

Середні та нормалізовані бали за розділами анкети

№	Розділ	Кількість питань	Макс. бал	Середній бал	Нормалізований бал (%)
1	Самооцінка здоров'я	3	15	11,38	75,87
2	Частота та тяжкість нападів	5	25	18.05	72,20
3	Працездатність	4	20	13.89	69,45
4	Соціальна активність	8	40	27.24	68,10
5	Щоденна активність	15	75	53.24	70,99
6	Психоемоційний стан	10	50	33.24	66,48
7	Комплаєнтність	3	15	12.05	80,33

З розрахунків видно, що найвищий нормалізований бал у розділі анкети «Комплаєнтність», який становить 80,33%, що вказує на відносно високе дотримання рекомендацій щодо лікування. Найнижчий бал у розділі анкети «Психоемоційний стан» (66.48%), що свідчить про значні проблеми в цій сфері. Розділи анкети «Соціальна активність» та «Працездатність» (68.10% і

69.45% відповідно) також мають відносно низькі бали, вказуючи на обмеження в цих аспектах. Оскільки показник «Психоемоційний стан» (max 50 балів) опинився у так званій «зоні ризику», виникла необхідність більш ретельно оцінити розподіл балів. Для цього було створено гістограму (рис. 1), яка показує кількість респондентів у різних інтервалах балів.

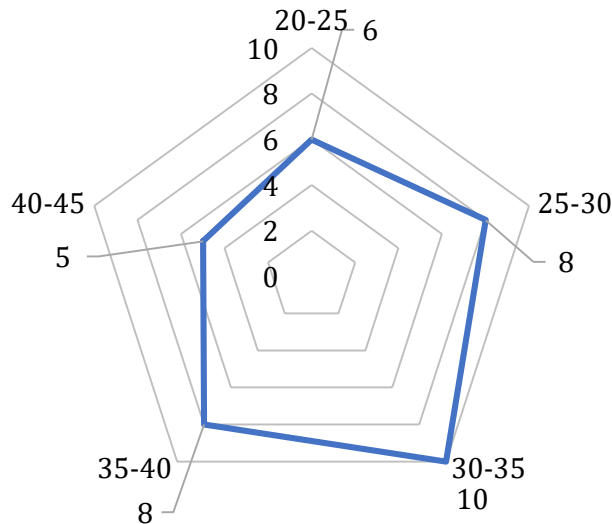


Рисунок 1. Гістограма розподілу балів за психоемоційним станом пацієнтів
 – 6 респондентів (16%) мають бали 20-25, що вказує на серйозні проблеми.
 – 8 респондентів (22%) – 25-30 балів.
 – 10 респондентів (27%) – 30-35 балів (найпоширеніший діапазон).
 – 8 респондентів (22%) – 35-40 балів.
 – 5 респондентів (13%) – 40-45 балів, що вказує на відносно хороший стан.

Гістограма чітко ілюструє різницю в психосоціальних балах серед респондентів. Вищі рівні дистресу (20–30 балів) демонструють 14 респондентів (38%), які потрапляють у діапазон низьких балів (20–30), що вказує на потенційні ризики для психічного здоров'я, які потребують негайної уваги. Найчастіше зустрічається діапазон балів від 30 до 35, до якого належать 10 респондентів (27%), що свідчить про те, що

цей середній діапазон може представляти стандартний психосоціальний стан у вибірці пацієнтів. Дані також вказують на те, що 13 респондентів (35%) отримали від 35 до 45 балів, що відображає відносно стабільний емоційний та психологічний стан.

Ця група може потребувати менше втручання; проте доцільним є постійний моніторинг. Представлена візуалізація підтверджує розподіл психоемоційних

труднощів серед опитаних пацієнтів, підтверджуючи, чому цей розділ потребує особливої уваги.

Для оцінки взаємозв'язків між розділами використано метод кореляційного аналізу з розрахунком коефіцієнта кореляції Спірмена. Для покращення сприйняття та аналізу отриманих даних, результати дослідження візуалізовано у форматі теплової карти. Цей метод представлення забезпечує наочну демонстрацію розподілу показників, дозволяючи швидко ідентифікувати закономірності та критичні зони (табл. 3).

Теплова карта дозволяє швидко виявити ці взаємозв'язки, що є критично важливим для

розуміння комплексного впливу епілепсії на ЯЖ пацієнтів та розробки цілеспрямованих інтервенцій.

Комірки по діагоналі (зверху зліва до низу справа) завжди містять значення 1,00. Це означає, що кожен розділ ідеально корелює сам із собою, що є очікуваним. Ці комірки зазвичай мають найінтенсивніший колір (наприклад, темно-зелений, вказуючи на ідеальну позитивну кореляцію) (табл. 3). Теплова карта, зазначена у таблиці 3 показує кореляцію решти згрупованих розділів анкети.

Таблиця 4

Теплова карта коефіцієнтів кореляції між розділами анкети

	Здоров'я	Напади	Працевдатність	Соціальність	Щод. активність	Психоемоц. стан	Комплаєнтність
Здоров'я	1,00*	-0,62**	0,78***	0,82*	0,86*	0,80*	0,71***
Напади	-0,62**	1,00*	-0,58**	-0,68**	-0,73**	-0,66**	-0,63**
Працевдатність	0,78***	-0,58**	1,00*	0,87*	0,82*	0,84*	0,62***
Соціальність	0,82*	-0,68**	0,87**	1,00*	0,91*	0,89*	0,76***
Щод. активність	0,86*	-0,73**	0,82**	0,91*	1,00*	0,93*	0,81*
Психоемоц. стан	0,80*	-0,66**	0,84**	0,89*	0,93*	1,00*	0,79***
Комплаєнтність	0,71***	-0,63**	0,62***	0,76***	0,81*	0,79***	1,00*

Примітки: *Близькі до 1: Сильна позитивна кореляція; **Близькі до -1: Сильна негативна кореляція; ***Близькі до 0: Слабка кореляція; ****Близько до $\pm 0,3$ або $\pm 0,4$: Надзвичайно слабка або відсутня кореляція.

Майже всі кореляції за розділом «Напади» є негативними та помірно сильними (наприклад, -0,62 із «Здоров'ям», -0,58 із «Працевдатністю», -0,68 із «Соціальністю», -0,73 із «Щоденною активністю», -0,66 із «Психоемоційним станом» та -0,63 із «Комплаєнтністю»). Це очікувано і логічно: чим частіші/важчі напади, тим гірша ЯЖ за іншими параметрами (здоров'я, працевдатність, соціальна та щоденна активність, психоемоційний стан).

Між «Щоденною активністю», «Соціальністю» та «Психоемоційним станом» спостерігаються дуже сильні позитивні кореляції (наприклад, 0,91 між «Щоденною активністю» та «Соціальністю», 0,93 між «Щоденною активністю» та «Психоемоційним станом», 0,89 між «Соціальністю» та «Психоемоційним станом»). Це вказує на те, що ці аспекти якості життя тісно взаємопов'язані і покращення в одному з них, ймовірно, покращить інші.

«Працевдатність» також сильно позитивно корелює із «Соціальністю» (0,87) та «Психоемоційним станом» (0,84).

Хоча «Комплаєнтність» має позитивні кореляції з більшістю розділів, вони дещо слабші, порівняно з іншими сильними взаємозв'язками (наприклад, 0,71 зі «Здоров'ям», 0,81 зі «Щоденною активністю»). Це може свідчити, що регулярний прийом ліків і дотримання рекомендацій впливають на ЯЖ, але не є єдиним і найсильнішим фактором, або їхній вплив опосередкований іншими параметрами.

Фармацевтична допомога відіграє ключову роль у покращенні комплаєнтності та управлінні побічними ефектами протиепілептичних препаратів (далі – ПЕП), що безпосередньо впливає на якість життя пацієнтів. Результати дослідження показують, що високий рівень комплаєнтності (80,33%) асоціюється з кращими показниками щоденної активності ($r=0,81$) та

психоемоційного стану ($r=0,79$). Це підкреслює важливість консультацій фармацевтів щодо правильного прийому лікарських засобів, роз'яснення можливих побічних ефектів та їх профілактики, а також надання рекомендацій із підтримання режиму терапії в умовах воєнного стану. Фармацевтична допомога може включати розробку індивідуальних графіків прийому ліків, використання нагадувань через мобільні додатки та навчання пацієнтів стратегіям уникнення тригерів нападів, таких як стрес чи недосипання, що є особливо актуальним у воєнний період.

Відсутня або надзвичайно слабка зазвичай вважається кореляція в діапазоні $\pm 0,3$ або $\pm 0,4$ (не виявлено).

Отже, результати поглибленого аналізу дають підстави для наступних практичних рекомендацій:

1) з питань психоемоційної підтримки:

- впровадити консультації з психологами та групи підтримки для пацієнтів із низькими балами в психоемоційному стані;
- розробити програми для зменшення тривоги та депресії, пов'язаних із епілепсією;

2) з питань соціальної інтеграції:

- організовувати соціальні заходи та програми для зменшення ізоляції та стигматизації [10];

- підвищувати обізнаність суспільства про епілепсію для зменшення дискримінації;

3) з питань контролю нападів:

- оптимізувати медикаментозну терапію та навчити пацієнтів уникати тригерів (стрес, недосипання);

- посилити моніторинг частоти та тяжкості нападів.

4) з питань підвищення комплаєнтності:

- впровадити освітні програми та нагадування про прийом ліків для підтримки високого рівня комплаєнтності.

На основі даних доказової медицини розроблено рекомендації для надання фармацевтичної допомоги, які підкреслюють

роль фармацевтів у комплексному менеджменті пацієнтів з набутою епілепсією та підвищенні ЯЖ, особливо в умовах воєнного часу (Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я, затверджений ВР ЧМА протокол №12 від 30.06.2025 року «Оцінка якості життя пацієнтів з набутою епілепсією», автори Борисенко Н. М., Губенко І. Я., Бушуєва І. В., Парченко В. В.). Фармацевтична опіка має включати систематичну оцінку ЯЖ, консультування щодо управління захворюванням та психосоціальних аспектів, а також контроль комплаєнсу для запобігання нападам і ускладненням (табл. 4).

Отже, аптеки є ключовими центрами фармацевтичної допомоги, що виходять за рамки простого відпуску ліків, забезпечуючи підтримку якості життя пацієнтів. Роль фармацевта полягає в активному застосуванні наступних підходів: проведення скринінгу ЯЖ, надання рекомендацій щодо управління побічними ефектами та інформування про психосоціальні аспекти епілепсії, а також постійне нагадування про важливість дотримання режиму лікування для досягнення стабілізації стану.

Відповідальне лікування передбачає чітке розуміння пацієнтом важливості регулярного прийому ПЕП, уникнення тригерів нападів (таких як стрес, недосипання чи пропуск прийому ліків) та співпрацю з лікарем-епілептологом. Це, безпосередньо, сприяє стабілізації стану, зниженню ризику ускладнень та підвищенню комплаєнтності, що, як показують дослідження, позитивно корелює з покращенням ЯЖ ($r = 0,76-0,81$ для соціальної активності та щоденної активності). Нижче наведено ключові аспекти відповідального прийому ПЕП з боку пацієнта, які є невід'ємною частиною ефективного менеджменту епілепсії (Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я, затверджений ВР ЧМА протокол №11 від 27.05.2025 року «Доказово-обґрунтована інформаційна підтримка фармацевтичної опіки пацієнтів з набутою епілепсією» автори Борисенко Н.М., Губенко І.Я., Бушуєва І.В., Парченко В.В.) (табл. 5).

Практичні настанови, орієнтовані на фармацевтичну опіку та інтегровані з положеннями доказової медицини для покращення ЯЖ пацієнтів з набутотою епілепсією

№ з/п	Практична установка	Формулювання конкретних кроків практичної реалізації	Фармацевтична відповідальність
1	Систематична оцінка ЯЖ	Використовувати валідовані опитувальники ЯЖ (наприклад, QOLIE-31 – це опитувальник, який використовується для оцінки якості життя у людей з епілепсією. Він складається з 31 питання, згрупованих у 7 шкал, що оцінюють різні аспекти життя, такі як емоційне благополуччя, соціальне функціонування, енергія/втомлюваність, когнітивні функції, занепокоєння нападами, вплив ліків та загальна ЯЖ) для регулярного моніторингу впливу епілепсії та її лікування на повсякденне функціонування пацієнта.	Проводити опитування, аналізувати отримані дані, інформувати пацієнта про зони, що потребують покращення, та заохочувати до діалогу з лікарем.
2	Управління побічними ефектами ПСП	Можливі побічні ефекти (сонливість, запаморочення, когнітивні порушення), що знижують ЯЖ. Фармацевт має пояснити їх природу та можливі стратегії пом'якшення побічних ефектів.	Консультувати пацієнтів щодо потенційних побічних ефектів ПСП, методів їх мінімізації та важливості повідомлення лікаря про неприйнятні реакції.
3	Профілактика стигматизації та психосоціальна адаптація	Епілепсія часто супроводжується стигматизацією та психологічними труднощами (депресія, тривога). Важливо підтримувати пацієнтів у соціальній адаптації та боротьбі зі стигмою.	Надавати інформацію про групи підтримки, психологічну допомогу, заохочувати відкритий діалог з родиною. Пояснювати, як управління нападами покращує соціальну інтеграцію.
4	Покращення когнітивних функцій	Деякі ПЕП або самі напади можуть впливати на пам'ять та увагу. Рекомендувати заходи для підтримки когнітивних функцій (наприклад, регулярні розумові навантаження, режим сну).	Надавати поради щодо когнітивних вправ та пояснювати, як стабілізація прийомів ПЕП може покращити когнітивний профіль.
5	Індивідуальний підхід та доступність лікування	Адаптація рекомендацій до умов воєнного стану, забезпечення безперервного доступу до ПЕП та психосоціальної підтримки для вразливих груп.	Надавати інформацію про доступні програми допомоги, телемедичні консультації, можливості отримання ліків у складних умовах.
6	Дотримання режиму прийому ПСП (комплаєнс)	Підкреслювати прямий зв'язок між комплаєнсом, контролем над судомою та покращенням якості життя. Недотримання режиму знижує ЯЖ.	Роз'яснювати важливість безперервного прийому ПЕП, використовувати нагадування (щоденники, додатки), мотивувати пацієнтів до відповідального ставлення до терапії.
7	Здоровий спосіб життя та профілактика тригерів	Збалансоване харчування, помірنا фізична активність, уникнення стресу, повноцінний сон – ключові фактори, що покращують ЯЖ та допомагають контролювати напади.	Надавати рекомендації щодо модифікації способу життя, що сприяє зменшенню частоти нападів та покращенню загального самопочуття.
8	Залучення родини та опікунів	Навчання та залучення родичів до процесу лікування та підтримки пацієнта сприяє покращенню комплаєнсу та психологічного комфорту.	Консультувати родичів щодо важливості їхньої ролі у дотриманні режиму прийому ПЕП, моніторингу стану та наданні емоційної підтримки.

Контроль епілепсії з боку пацієнта: таблиця відповідального прийому ПЕП

№ з\п	Підхід	Рекомендації
1	Індивідуальний підбір препарату	<ul style="list-style-type: none"> Лікування епілепсії є індивідуальним процесом. Вибір ПЕП залежить від типу нападів, віку пацієнта, супутніх захворювань та інших факторів. Тільки лікар-епілептолог може правильно підібрати препарат та його дозування.
2	Дотримання режиму прийому	<ul style="list-style-type: none"> Регулярний прийом ПЕП у встановлений час є критично важливим для підтримки стабільної концентрації препарату в крові та запобігання нападам. Не пропускайте прийом препарату та не змінюйте дозування без консультації з лікарем.
3	Моніторинг побічних ефектів	<ul style="list-style-type: none"> ПЕП можуть викликати різні побічні ефекти, такі як сонливість, запаморочення, нудота, порушення координації та інші. При виникненні будь-яких побічних ефектів необхідно повідомити лікаря. Лікар може скорегувати дозування або замінити препарат.
4	Взаємодія з іншими лікарськими засобами	<ul style="list-style-type: none"> ПЕП можуть взаємодіяти з іншими лікарськими засобами, тому важливо повідомити лікаря про всі препарати, які ви приймаєте. Деякі препарати можуть знижувати ефективність ПЕП або підвищувати ризик побічних ефектів.
5	Вагітність та годування груддю	<ul style="list-style-type: none"> Прийом ПЕП під час вагітності вимагає особливої обережності, оскільки деякі препарати можуть викликати вроджені вади розвитку у плода. Якщо ви плануєте вагітність або вже вагітні, необхідно обов'язково проконсультуватися з лікарем. Також при годуванні груддю, необхідно консультуватись з лікарем.
6	Поступове припинення прийому	<ul style="list-style-type: none"> Припинення прийому ПЕП повинно здійснюватися поступово під контролем лікаря, щоб уникнути синдрому відміни та розвитку епілептичного статусу. Різде припинення прийому препарату може призвести до посилення нападів.
7	Регулярні консультації з лікарем	<ul style="list-style-type: none"> Регулярні консультації з лікарем-епілептологом є необхідними для контролю ефективності лікування та корекції дозування. Лікар може також надати рекомендації щодо способу життя, харчування та інших аспектів, які можуть впливати на перебіг епілепсії.
8	Самоконтроль	<ul style="list-style-type: none"> Ведення щоденника нападів, де фіксується частота, тривалість та характер нападів, допоможе лікарю оцінити ефективність лікування.

Отже, пацієнти, які дотримуються режиму прийому ПЕП, ведуть щоденник нападів і регулярно консультуються з лікарем, мають кращі показники ЯЖ, що підтверджується високими кореляціями між комплаєнтністю та щоденною активністю ($r = 0,81$) і психоемоційним станом ($r = 0,79$). Таким чином, активна участь пацієнта в процесі лікування є необхідною умовою для досягнення стабільного стану та мінімізації впливу епілепсії на повсякденне життя.

Висновки

1. Психоемоційний стан має найнижчий нормалізований бал (66,48%), причому 38% респондентів (14 із 37) набрали менше 30 балів із 50, що вказує на значні

психоемоційні труднощі, ймовірно пов'язані з хронічним перебігом епілепсії. Соціальна активність (68,10%) також є проблемною, з середнім балом 27,24 із 40, що відображає обмеження в соціальних взаємодіях у 73% респондентів (27 із 37 із балами <30). Працевдатність (69,45%, середній бал 13,89 із 20) свідчить про часткову втрату професійної активності, що може бути зумовлена впливом частоти нападів.

2. Частота нападів має сильну негативну кореляцію зі щоденною активністю ($r = -0,73$, $p < 0,05$), соціальною активністю ($r = -0,68$, $p < 0,05$) і психоемоційним станом ($r = -0,66$, $p < 0,05$). Це підтверджує, що частіші та тяжчі напади суттєво обмежують

функціональну активність і погіршують психоемоційний стан, підкреслюючи необхідність ефективного медикаментозного контролю.

3. Комплаєнтність має найвищий нормалізований бал (80,33%, середній бал 12.05 із 15), але 27% респондентів (10 із 37) набрали 9-10 балів, що вказує на недостатнє дотримання рекомендацій у цій групі. Помірна позитивна кореляція комплаєнтності зі щоденною активністю ($r = 0,81$), психоемоційним станом ($r = 0,79$) і соціальною активністю ($r = 0,76$) та негативна кореляція з частотою нападів ($r = -0,63$) свідчать, що високий рівень комплаєнтності сприяє зменшенню частоти нападів і покращенню якості життя. Сильна кореляція між щоденною активністю та психоемоційним станом ($r = 0,93$, $p < 0,001$) вказує на тісний взаємозв'язок:

обмеження щоденної активності у 20% респондентів (7 із 37 із балами <45 із 75) асоційоване з погіршенням психоемоційного стану. Підтримка функціональної активності може бути ефективною стратегією для покращення психоемоційного благополуччя та ЯЖ як військових, так і цивільного населення.

4. Фармацевтична допомога є критично важливою для підвищення комплаєнтності та оптимізації терапії, що включає індивідуальні консультації фармацевтів, спрямовані на роз'яснення режимів прийому протиепілептичних препаратів, профілактику побічних ефектів і підтримку психоемоційного стану шляхом навчання самоменеджменту в умовах воєнного стану.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of Interest: a uthors have no conflict of interest to declare.

References

1. L. Maas, C. B. C. M. Peeters, M. Hilgsmann, S. M. J. van Kuijk, S. Tousseyn, J. Kellenaers, G. A.P.G. van Mastrigt, M.C.G. Vlooswijk, S. Klinkenberg, L. Wagner, J. Nelissen, O. E. M. G. Schijns, H. J. M. Majoie, K. Rijkers & on behalf of the ACE Epilepsy Surgery group (2025) A prospective cohort study estimating total pre-surgical healthcare costs before and two-year total societal costs after resective brain surgery, and quality of life of patients with drug-resistant epilepsy undergoing surgery, *Journal of Medical Economics*, 28:1, 364–376. <https://doi.org/10.1080/13696998.2025.2473745>.
2. Kopciuch, D., Fliciński, J., Steinborn, B., Winczewska-Wiktor, A., Paczkowska, A., Zaprutko, T., Ratajczak, P., Nowakowska, E., & Kus, K. (2022). Pharmacoeconomics Aspects of Antiepileptic Drugs in Pediatric Patients with Epilepsy. *International journal of environmental research and public health*, 19(12), 7517. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127517>.
3. Siebenbrodt, K., Willems, L. M., von Podewils, F., Mross, P. M., Strüber, M., Langenbruch, L., Bierhansl, L., Gorny, I., Schulz, J., Gaida, B., Conradi, N., Süß, A., Rosenow, F., & Strzelczyk, A. (2023). Determinants of quality of life in adults with epilepsy: a multicenter, cross-sectional study from Germany. *Neurological research and practice*, 5(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s42466-023-00265-5>.
4. Peresyphkina, T., Nesterenko, V., Pomogaibo, K., & Merkulova, T. (2025). The impact of traumatic events related to the war on the functional psycho-emotional state of student youth in a front-line city: some initial results of studying the problem. *Bulletin of the V.N. Karazin Kharkiv National University. Series Medicine*, 33(2(53)), 221–234. <https://doi.org/10.26565/2313-6693-2025-53-05>.
5. Dubenko, A., Morelli, R., Cross, J. H., Hall, J., Kharytonov, V., Michaelis, R., Wiebe, S., & ILAE Emergency Task Force for Ukraine (2024). Mental health and quality of life of individuals with epilepsy during the war in Ukraine. *Epilepsia*, 65(9), 2718–2727. <https://doi.org/10.1111/epi.18052>.
6. Leaviss, J., Davis, S., Ren, S., Hamilton, J., Scope, A., Booth, A., Sutton, A., Parry, G., Buszewicz, M., Moss-Morris, R., & White, P. (2020). Behavioural modification interventions for medically unexplained symptoms in primary care: systematic reviews and economic evaluation. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 24(46), 1–490. <https://doi.org/10.3310/hta24460>.
7. Bacci, J. L., Zarea, S., Stergachis, A., & Simic, G. (2021). Community pharmacists' role in caring for people living with epilepsy: A scoping review. *Epilepsy & Behavior*, 117, 107850. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.107850>.
8. Taube, M., Kotloski, R., Karasov, A., Jones, J. C., & Gidal, B. (2022). Impact of Clinical Pharmacists on Access to Care in an Epilepsy Clinic. *Federal practitioner: for the health care professionals of the VA, DoD, and PHS*, 39(Suppl 1), S5–S9. <https://doi.org/10.12788/fp.0252>.
9. Thompson, N. J., McGee, R. E., Garcia-Williams, A., Selwa, L. M., Stoll, S. C., Johnson, E. K., & Fraser, R. T. (2020). The impact of a depression self-management intervention on seizure activity. *Epilepsy & behavior: E&B*, 103(Pt A), 106504. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.106504>.

10. Mollaoğlu, M., & Yilmaz, M. (2025). The impact of stigma on quality of life in patients with epilepsy. *Social neuroscience*, 1–11. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/17470919.2025.2536572>.

Інформація про авторів:

Бушуєва Інна Володимирівна^{A, B, C, F} – доктор фармацевтичних наук, професор, завідувач кафедри управління і економіки фармації та фармацевтичної технології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, м. Запоріжжя, Україна. E-mail: valery999@ukr.net. <https://orcid.org/0000-0002-5336-3900>.

Соломенний Андрій Миколайович^{E, F} – підполковник медичної служби, доктор фармацевтичних наук, професор, доцент кафедри військової фармації Української військово-медичної академії, м. Київ, Україна. E-mail: solomennyu@ukr.net. <https://orcid.org/0000-0002-9562-8321>

Борисенко Наталія Миколаївна^{A, C, D} – PhD фармації, доцент, доцент ЗВО кафедри фармацевтичних дисциплін Черкаської медичної академії, м. Черкаси, Україна. E-mail: borisenkonm1975@ukr.net. <https://orcid.org/0000-0001-8228-7110>

Парченко Володимир Володимирович^{C, F} – доктор фармацевтичних наук, професор кафедри токсикологічної та неорганічної хімії Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, м. Запоріжжя, Україна. E-mail: parchenko@ukr.net. <https://orcid.org/0000-0002-2283-1695>

Шматенко Олександр Петрович^{B, E, F} – полковник медичної служби, доктор фармацевтичних наук, професор, начальник кафедри військової фармації Української військово-медичної академії, м. Київ, Україна. E-mail: mavad@ukr.net. <https://orcid.org/0000-0002-6145-460X>

Демченко Анжела Вікторівна^{C, E} – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри загальної та медичної психології Черкаської медичної академії, м. Черкаси, Україна. E-mail: Dem4enkoav@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0001-6189-5264>

A – концепція та дизайн дослідження; B – збір даних; C – аналіз та інтерпретація даних; D – написання статті; E – редагування статті; F – остаточне затвердження статті.

Information about the authors:

Bushueva Inna Volodymyrivna^{A, B, C, F} – Doctor of Pharmaceutical Sciences, Professor, Head of the Department of Management and Economics of Pharmacy and Pharmaceutical Technology, Zaporizhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhia, Ukraine. E-mail: valery999@ukr.net. <https://orcid.org/0000-0002-5336-3900>

Solomennyi Andrii Mykolaiovych^{E, F} – Lieutenant Colonel of the Medical Service, Doctor of Pharmaceutical Sciences, Professor, Associate Professor of the Department of Military Pharmacy, Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine. E-mail: solomennyu@ukr.net. <https://orcid.org/0000-0002-9562-8321>

Borysenko Natalia Mykolaivna^{A, C, D} – PhD in Pharmacy, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Pharmaceutical Disciplines of the Cherkasy Medical Academy, Cherkasy, Ukraine. E-mail: borisenkonm1975@ukr.net. <https://orcid.org/0000-0001-8228-7110>

Parchenko Volodymyr Volodymyrovych^{C, F} – Doctor of Pharmaceutical Sciences, Professor of the Department of Toxicological and Inorganic Chemistry, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhzhia, Ukraine. E-mail: parchenko@ukr.net. <https://orcid.org/0000-0002-2283-1695>

Shmatenko Oleksandr Petrovych^{B, E, F} – Colonel of the Medical Service, Doctor of Pharmaceutical Sciences, Professor, Head of the Department of Military Pharmacy of the Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine. E-mail: mavad@ukr.net. <https://orcid.org/0000-0002-6145-460X>

Demchenko Angela Viktorivna^{C, E} – Candidate en sciences pédagogiques, professeur associé, professeur associé du département de psychologie générale et médicale de l'Académie médicale de Tcherkasy, Cherkasy Ukraine. E-mail: Dem4enkoav@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0001-6189-5264>

A – research concept and design; B – data collection; C – data analysis and interpretation; D – writing an article; E – article editing; F – final approval of the article.

Адреса для листування: провулок Несторівський 13/19, м. Київ, Україна, 04053

