

ЭПИЛЕПСИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. РУКОВОДСТВО ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

Составители:

руководитель отдела психоневрологии и эпилептологии Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Министерства Здравоохранения Российской Федерации, руководитель Детского научно-практического противосудорожного центра Министерства Здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор Марина Юрьевна Никанорова.

ведущий научный сотрудник отдела психоневрологии и эпилептологии Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Министерства Здравоохранения Российской Федерации, кандидат медицинских наук Елена Дмитриевна Белоусова.

старший научный сотрудник отдела психоневрологии и эпилептологии Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Министерства Здравоохранения Российской Федерации, кандидат медицинских наук Александр Юрьевич Ермаков.

Уважаемые родители!

Материал адресован тем, у кого в семье ребенок страдает эпилепсией. Если у Вашего ребенка возникли эпилептические приступы, Вы, разумеется, проконсультировались с врачом. Однако, как показывает практика, после первой консультации у родителей остается немало вопросов, касающихся оказания неотложной помощи в случае появления приступа, лечения и перспектив дальнейшего развития ребенка. Мы надеемся, что ниже Вы найдете ответы на интересующие Вас вопросы.

ЧТО ТАКОЕ ЭПИЛЕПСИЯ?

Эпилепсия (древнегреческое слово "Epilepsis") в переводе обозначает что-то вроде "собирать, накапливать". Эпилепсия - заболевание, известное со времен глубокой древности. Долгое время среди людей существовало мистическое представление об эпилепсии. В античной Греции эпилепсия ассоциировалась с волшебством и магией и называлась "священной болезнью". Считалось, что эпилепсия связана с вселением в тело духов, дьявола. Бог насылал ее на человека в наказание за несправедную жизнь.

Упоминание об эпилепсии встречается и в Евангелии от св. Марка и от св. Луки, где описано исцеление Христом мальчика от вселившегося в его тело дьявола. В средние века отношение к эпилепсии было двойственным. С одной стороны, эпилепсия вызывала страх, как заболевание, не поддающееся лечению, с другой стороны - она нередко ассоциировалась с одержимостью, трансми, наблюдавшимися у святых и пророков. Христианские теологи отмечали, что отдельные отрывки Корана свидетельствуют, что Магомет страдал эпилепсией. Его приступы сопровождались заведением глазных яблок, конвульсивными движениями губ, потливостью, храпом, отсутствием реакции на окружающее. Предполагается, что эпилепсией страдали также св. Иоанн и св. Валентин.

Тот факт, что многие великие люди (Сократ, Платон, Эмпедокл, Магомет, Плиний, Юлий Цезарь, Калигула, Петрарка, император Карл V) страдали эпилепсией, послужил предпосылкой для распространения теории, что эпилептики - люди большого ума. Однако впоследствии (XVIII век) эпилепсия нередко стала отождествляться с сумасшествием. Больные эпилепсией госпитализировались в дома для умалишенных или отдельно от других пациентов. Госпитализация больных эпилепсией в дома для умалишенных и изоляция от других больных продолжались вплоть до 1850 года. В 1849 году, а затем в 1867 году в Англии и Германии были организованы первые специализированные клиники для больных эпилепсией.

В течение многих десятилетий эпилепсия считалась одним заболеванием. В настоящее время представление об эпилепсии существенно изменилось. По современным представлениям эпилепсии - группа разных заболеваний, основным проявлением которых являются эпилептические приступы. На основании достижений современной науки было показано, что эпилептический приступ возникает в результате нарушений процессов возбуждения и торможения в клетках коры головного мозга. Головной мозг состоит из плотного сплетения нервных клеток, связанных между собой. Клетки преобразуют возбуждение, воспринятое органами чувств, в электрический импульс и в виде электрического импульса передают его дальше. Поэтому эпилептический приступ можно сравнить с электрическим разрядом наподобие грозы в природе.

Далеко не каждые судороги являются эпилепсией. Любой ребенок может хотя бы однократно перенести судороги в определенных ситуациях, например, при высокой температуре (фебрильные судороги), после вакцинации, при тяжелой черепно-мозговой травме. При наличии однократного эпизода судорог всегда надо установить конкретную причину, их вызвавшую и определить, возможен ли переход тех или иных судорог в эпилепсию. Следует также помнить о том, что многие серьезные заболевания нервной системы, такие, как энцефалит и менингит, могут начинаться с судорог на фоне температуры. Родителям важно определить симптомы у детей, поэтому всегда, когда Вы сталкиваетесь с судорогами у ребенка, Вам следует обратиться к врачу.

Классическим примером ситуационно-зависимых судорог, вызываемых только определенным провоцирующим фактором (лихорадкой) являются фебрильные судороги. Фебрильные судороги - судороги, наблюдающиеся в возрасте от 3 мес до 5 лет, связанные с лихорадкой. Инфекции нервной системы (менингит, энцефалит), протекающие нередко с высокой температурой и судорогами, к этой группе не относятся. Частота фебрильных судорог составляет 3 - 5 % в детской популяции. Как правило, судорожный приступ у ребенка возникает на фоне сопутствующего заболевания (чаще респираторно-вирусной инфекции) и вызван подъемом температуры до высоких цифр. Если судорожный приступ носит короткий (в течение нескольких минут) характер, то как правило, он не оказывает повреждающего действия на мозг.

Важно отметить что симптомы эпилепсии у ребенка до года и подростка, совершенно разные, что существуют простые и сложные фебрильные судороги. Простые фебрильные судороги составляют 80-90 % всех фебрильных судорог.

Характерными особенностями простых фебрильных судорог являются:

- единичные эпизоды;
- короткая продолжительность (не более 15 мин);
- генерализованные тонико-клонические пароксизмы (потеря сознания, вытягивание и напряжение конечностей, их симметричное подергивание). Сложные фебрильные судороги характеризуются следующими признаками:

- повторяемость в течение 24 часов;
- продолжительность более 15 мин;
- фокальный (очаговый) характер - отведение взора вверх или в сторону, подергивание одной конечности или части конечности, остановка взора и т.д.

Дифференциация фебрильных судорог на простые и сложные имеет принципиально важное значение для прогноза течения заболевания. В большинстве случаев фебрильные судороги имеют благоприятный прогноз и самостоятельно исчезают после 5-6 лет. Лишь у 4-5 % детей с фебрильными судорогами наблюдается в дальнейшем переход в эпилепсию. Наиболее часто в эпилепсию трансформируются сложные фебрильные судороги. Поэтому дети, перенесшие хотя бы один эпизод сложных фебрильных судорог, составляют группу риска и нуждаются в тщательном и длительном (до 5-7 лет) наблюдении как педиатром, так и неврологом.

Другими ситуациями, при которых возможны так называемые "случайные" судороги, являются недостаточность минералов (кальция, магния), низкий уровень сахара в крови (у детей с сахарным диабетом), отравление, электротравма, солнечный удар. Данные судороги обычно носят редкий, чаще однократный характер и не возникают при отсутствии провоцирующего фактора.

Диагноз "эпилепсия" может быть установлен лишь в том случае, если у ребенка отмечалось 2 или более эпилептических приступов, возникших без четких провоцирующих факторов. Таким образом, основным отличием эпилепсии от судорог является:

- повторяемость эпилептических приступов;
- отсутствие провоцирующих факторов, вызвавших развитие приступов.

В настоящее время известно более 40 различных форм эпилепсии, отличающихся возрастом начала заболевания, клиническими проявлениями и прогнозом. Важно отметить, что существуют как доброкачественные формы эпилепсии, так и прогностически неблагоприятные. 70-80 % эпилепсии хорошо поддаются лечению, некоторые формы эпилепсии самостоятельно прекращаются без терапии в возрасте 13-15 лет. В большинстве случаев интеллект больных эпилепсией нормальный, психическое развитие не страдает.

Принципиально важное значение имеет своевременное установление правильного диагноза - конкретной формы эпилепсии. Диагноз должен устанавливаться специалистом эпилептологом. От правильности установления диагноза зависит стратегия лечения и прогнозирование течения заболевания

КАК ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ЭПИЛЕПСИЯ?

Эпилепсия является одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы. Эпилепсия встречается с одинаковой частотой во всем мире, и независимо от расы около 0,5 - 1 % населения страдают этой болезнью. Ежегодно регистрируемая заболеваемость эпилепсией, исключая фебрильные судороги и единичные пароксизмы, варьирует от 20 до 120/100.000 новых случаев в год, в среднем - 70/100.000. Только в странах СНГ этой болезнью болеют около 2,5 млн. человек. В Европе, население которой составляет приблизительно 400 млн. человек, около 2 млн. детей страдают эпилепсией. Эпилепсия нередко сочетается с другими заболеваниями и патологическими состояниями - хромосомными синдромами, наследственными болезнями обмена веществ, детским церебральным параличом. Так, частота эпилепсии у больных с детским церебральным параличом составляет 19 - 33%

ПОЧЕМУ МНОГИЕ РОДИТЕЛИ БОЯТСЯ ДИАГНОЗА ЭПИЛЕПСИИ?

Страх диагноза эпилепсии связан со многими факторами - боязнью общественного порицания, "устрашающими" клиническими проявлениями болезни (крик, внезапное падение, содрогание всего тела, непроизвольное мочеиспускание и т.д.), страхом развития нервно-психических нарушений (в том числе умственной отсталости), постоянным ожиданием приступа и невозможностью его контроля, неверием в возможности современной медицины, вероятностью передачи болезни по наследству потомству. Отчасти, предубеждение против диагноза эпилепсии идет из глубины веков, то есть в какой-то мере традиционно. Так, в Греции и Риме была распространена точка зрения, что эпилепсия является заразной болезнью. Считалось, что эпилептик был "нечистым"; любой, кто прикасался к нему, становился добычей демона. Античные авторы отмечали, что больной эпилепсией жил в обстановке стыда, презрения и горя. В X-XI веках для обозначения эпилепсии появился термин "падучий дьявол", а затем - "падучая болезнь". Предполагалось, что эпилептические приступы не вызываются собственной силой дьявола, а возникают, когда в теле человека нарушается внутренний баланс и оно становится подвластным дьявольскому влиянию. В XIII веке церковью распространялась точка зрения, что падучей болезнью можно заразиться через дыхание больного. Отголоски подобных предрассудков отчасти живы и поныне.

В этой связи даже врачи нередко боятся ставить диагноз эпилепсии и прибегают к более неконкретному и, как им кажется, более "мягкому" диагнозу эпилептического или судорожного синдрома. Данное решение является, однако, ошибочным. Диагноз "эпилептический синдром" означает лишь констатацию факта, что у ребенка имеются судороги. Врач обязан "раскрыть" перед родителями диагноз, установить на основе современной классификации конкретную форму болезни.

Все это свидетельствует о том, что диагноз "эпилепсия" всегда индивидуален и ни в коей мере не является "клеймом", обрекающим больного и его семью на многочисленные несчастья. Единственное, о чем должны помнить родители ребенка с эпилепсией, то необходимости квалифицированной консультации, целью которой

является установление точного диагноза. Только при точном диагнозе возможен правильный подбор терапии и, соответственно, во многих случаях "освобождение" больных от судорог.

КАКОВЫ ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ЭПИЛЕПСИИ?

Существует значительное число факторов, способствующих возникновению эпилепсии. Немаловажная роль принадлежит и наследственной предрасположенности. Замечено, что в тех семьях, где имеются родственники, страдающие эпилепсией, вероятность развития эпилепсии у ребенка выше, чем в тех семьях, где заболевания у родственников отсутствуют. В последние годы убедительно доказана наследственная природа ряда форм эпилепсии, обнаружены гены, ответственные за их возникновение. В то же время ошибочно мнение, что эпилепсия обязательно передается по наследству. В подавляющем большинстве случаев эпилепсия не является наследственной болезнью, то есть не передается от отца или матери к ребенку. Многие формы эпилепсии имеют мультифакториальную природу, т.е. обусловлены совокупностью генетических и приобретенных факторов. Вклад генетических факторов значителен, но не является решающим.

При некоторых формах эпилепсии, которые получили название симптоматических, причиной развития заболевания является повреждение головного мозга вследствие:

- врожденных аномалий его развития;
- внутриутробных инфекций;
- хромосомных синдромов;
- наследственных болезней обмена веществ;
- родовых повреждений центральной нервной системы;
- инфекций нервной системы;
- черепно-мозговой травмы;
- опухолей.

В КАКОМ ВОЗРАСТЕ НАЧИНАЕТСЯ ЭПИЛЕПСИЯ?

Эпилептические приступы могут появиться у человека в любом возрасте - от периода новорожденности (первый месяц жизни) до глубокой старости. Наиболее часто судороги встречается у детей до 15 лет, приблизительно половина всех судорог, случающихся у человека за всю его жизнь, приходится на этот возраст. Наибольший риск развития судорог имеют дети в возрасте от 1 до 9 лет.

КАКИМ МОЖЕТ БЫТЬ ПРЕДПРИСТУПНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО С ЭПИЛЕПСИЕЙ?

У большей части больных с эпилепсией приступы наступают внезапно и неожиданно, как "гром среди ясного неба". У некоторых больных за несколько часов перед приступом отмечаются нервозность, беспокойство, головокружение, головная боль.

Нередко перед приступом возникает аура. Аура - часть приступа, предшествующая потере сознания, о которой больной помнит после его восстановления. Слово "аура" (лат. "бриз", греч. "воздух") вошло в медицинскую терминологию во времена Галена и было предложено не врачом, а больным. Один из пациентов древнеримского врача при описании ощущений, испытываемых в момент приступа, отметил: "1 это начинается с ноги и поднимается вверх по прямой линии, проходя через бедро, а потом по боку тела к шее и голове, и как только коснется головы, я уже ничего не чувствую... Это похоже на легкий холодный бриз..." [О. Темкин, 1924].

Как, правило, аура имеет очень кратковременный характер и продолжается всего несколько секунд. В зависимости от характера ощущений, ауры подразделяются на:

- соматосенсорные (ощущения онемения, покалывания, чувство невозможности движения в конечности);
- зрительные (внезапная кратковременная потеря зрения, вспышки света, фигуры, пятна разного цвета, образы людей, животных перед глазами, изменения восприятия формы и величины окружающих предметов и т.д.);
- слуховые (звон в ушах, скрежет, скрип, больные могут слышать голоса, музыку);
- обонятельные (внезапно возникающие ощущения какого-либо запаха, преимущественно неприятного - гниения, горелой резины, серы и т.д.);
- вкусовые (ощущения какого-либо вкуса во рту - соленого, горького, кислого, сладкого);
- эпигастральные (ощущения "порхания бабочек", "взбивания сливок" в верхней части живота);
- психические (внезапно возникающее чувство страха, тревоги, ощущения уже испытанного в прошлом или никогда не испытанного ощущения). Важным признаком ауры является ее повторяемость от приступа к приступу. Испытывая ауру, больной знает, что за ней последует приступ, и старается в этот момент сесть или лечь, чтобы избежать падения или ушибов во время потери сознания. Врачу необходимо знать подробности о характере ощущений, которые испытывает больной во время ауры (период предвестников приступа), так как они указывают на ту область мозга, в которой начинается приступ.

КАКОВ ХАРАКТЕР ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ?

Эпилептические пароксизмы чрезвычайно разнообразны, и для правильного диагноза необходимо четко рассказать врачу о том, как выглядят приступы. При этом имеет большое значение, протекают ли приступы с потерей или без потери сознания. Состояние сознания ребенка в момент приступа нередко интерпретируется родителями неправильно. Так, если ребенок во время приступа не отвечает на вопросы, родители расценивают это как нарушение сознания. Вместе с тем, существуют приступы,

сопровождающиеся остановкой речи при ясном сознании. Напротив, если ребенок продолжает начатое действие или движение, родители полагают, что сознание не нарушено. Однако возможность автоматических движений или действий не исключает нарушения сознания.

Для правильной оценки сознания ребенка в момент приступа родители могут провести следующий тест:

Тестирование больного в момент приступа:

"Чувствуешь ли ты что-нибудь?"

"Что ты чувствуешь, где?"

"Как тебя зовут?"

"Подними вверх правую (левую) руку."

"Запомни слово, которое я назову."

Показать предмет: "Что это такое?"

"Запомни этот предмет".

Тестирование больного по окончании приступа:

"Когда у тебя был последний приступ?"

"Какой последний момент перед приступом ты помнишь?"

Ориентация после приступа:

"Как тебя зовут?"

"Где ты находишься?"

"Какое сегодня число?"

Полное нарушение сознания:

отсутствие ответов на вопросы в момент приступа
отсутствие выполнения команд в момент приступа
полная амнезия (невозможность вспомнить слово и предмет, показанные во время приступа).

Частичное нарушение сознания:

отсутствие ответов на вопросы в момент приступа
отсутствие выполнения команд в момент приступа
частичная амнезия (больной помнит, что ему называли слово и/или показывали предмет, но не может вспомнить, какое слово или предмет)

Сохранное сознание:

способность отвечать на вопросы в момент приступа
способность выполнять команды в момент приступа
способность вспомнить слово и предмет после приступа

Сохранное сознание при наличии остановки речи:

отсутствие ответов на вопросы в момент приступа
способность выполнения команд в момент приступа
способность вспомнить слово и предмет после приступа

При описании самого приступа родители должны обратить внимание на следующие особенности:

- ощущает ли ребенок приближение приступа (описать, какие ощущения он испытывает перед началом приступа)
- положение тела ребенка в момент приступа (не изменено, резкое падение, постепенное оседание или обмякание и т.д.)
- положение головы и глаз (не изменено, отведение вверх или в сторону)

- положение конечностей (не изменено; напряжение одной конечности, половины тела или всего тела; подергивания или вздрагивания в части конечности, одной конечности, половине тела или во всем теле)
- автоматические движения (жевание, глотание, чмоканье, педалирование ногами, стереотипные движения руками и т.д.)
- наблюдается ли непроизвольное мочеиспускание в момент приступа
- вегетативные симптомы (бледность или покраснение лица, расширение зрачков, учащение или урежение дыхания, учащение или урежение пульса, рвота)

На основании данного родителями описания приступов врач классифицирует их на генерализованные и парциальные (фокальные), что имеет принципиальное значение для проведения адекватной противосудорожной терапии.

Генерализованные приступы - приступы, начальные клинические и электрофизиологические проявления которых свидетельствуют о вовлечении в патологический процесс обоих полушарий мозга. Парциальные приступы - приступы, начальные клинические и электрофизиологические проявления которых свидетельствуют о вовлечении в патологический процесс одной или нескольких областей одного полушария мозга. Генерализованные эпилептические приступы в подавляющем большинстве случаев характеризуются потерей сознания. К генерализованным приступам относятся: тонико-клонические, тонические, клонические, миоклонические, атонические приступы и абсансы (табл. 1).

Таблица 1

Проявления генерализованных эпилептических приступов

Тип приступа	Состояние сознания	Проявления
Тонико-клонический	нарушено	Внезапное падение, крик, глаза открыты и отведены вверх или в сторону, напряжение и вытягивание конечностей с обеих сторон, затем - симметричное подергивание конечностей, прикус языка, непроизвольное мочеиспускание; после приступа - сон
Клонический	нарушено	Симметричное подергивание конечностей
Тонический	нарушено	Глаза приоткрыты и отведены вверх, напряжение и вытягивание конечностей, либо - напряжение и сгибание рук в сочетании с напряжением и вытягиванием ног
Миоклонический	нарушено, редко - сохранено	Резкие внезапные, кратковременные (секунды) вздрагивания всем телом, либо - одной конечности или отдельных мышц

Атонический	нарушено	Резкое внезапное падение, расслабление (обмякание) всего тела
Типичные абсансы	нарушено	Кратковременное(5-10 сек)замирание, застывание взора, внезапное прерывание речи и движений
Атипичные абсансы	частично сохранено	Замирание в течение 10-60 секунд, застывание взора, прекращение или автоматическое продолжение начатого действия.

Парциальные эпилептические приступы подразделяются на простые и сложные. Простые парциальные приступы протекают при сохранном сознании, тогда как сложные парциальные приступы характеризуются его нарушением (табл. 2).

Таблица 2

Тип приступа	Состояние сознания	Проявления
Простой парциальный	сохранено	Подергивание мышц половины лица, части конечности, одной конечности или половины тела непроизвольный поворот головы и глаз в сторону внезапная остановка речи с полной невозможностью говорить чувство покалывания, ползания мурашек в одной конечности или половине тела внезапная кратковременная потеря зрения, светящиеся круги перед глазами, вспышки света внезапно возникающий кратковременный шум в ушах, звон, скрежет внезапно возникающие кратковременные ощущения какого-либо запаха или вкуса во рту
Сложный парциальный	частично сохранено или нарушено	Период предвестников приступа (аура): кратковременные повторяющиеся от приступа к приступу различные ощущения (зрительные, слуховые, обонятельные и т.д.); автоматические движения (жевание, глотание, чмоканье, облизывание губ, педалирующие движения ногами, стереотипные движения руками и т.д.)

КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИСТУПОВ?

Оценка продолжительности приступа чрезвычайно важна для его характеристики и выбора тактики ведения больного. Как правило, волнение родителей во время судорог

у ребенка не дает им возможности четко оценить продолжительность первого приступа, он кажется всегда более продолжительным, чем был в действительности. При повторных приступах родителям необходимо фиксировать их продолжительность по часам. У большинства больных эпилептические приступы продолжаются от нескольких секунд до 1-5 минут. Короткие однократные приступы являются относительно безопасными и прекращаются самостоятельно. В ряде случаев приступы могут повторяться один за другим. Если ребенок в промежутках между эпилептическими приступами приходит в сознание, то такие приступы называются серийными. Если в промежутке между приступами сознание не восстанавливается, и продолжительность каждого приступа составляет не менее 15 минут, то такое течение судорог называется "эпилептическим статусом". Эпилептический статус является состоянием, угрожающим жизни ребенка из-за возможности развития отека мозга. При возникновении эпилептического статуса ребенок должен быть немедленно госпитализирован.

КАКОВЫ ПОСЛЕДСТВИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРИСТУПА?

Последствия эпилептических приступов различны. Кратковременные однократные эпилептические приступы не оказывают повреждающего действия на клетки головного мозга, тогда как длительные пароксизмы и особенно эпилептический статус приводят к необратимым изменениям и гибели нервных клеток. Наибольшая опасность подстерегает детей при внезапной потере сознания - возможны ушибы, травмы, несчастные случаи. Эпилептические приступы имеют и негативные социальные последствия. Невозможность контроля над собой в момент приступа, страх перед возникновением приступов в общественных местах, в школе, в присутствии друзей "заставляют" многих страдающих эпилепсией детей вести уединенный образ жизни, избегать общения со сверстниками.

ЧТО ДЕЛАТЬ РОДИТЕЛЯМ, ЕСЛИ У РЕБЕНКА ВОЗНИКЛИ СУДОРОГИ?

В большинстве случаев развернутый приступ (генерализованный тонико-клонический) продолжается от одной до трех минут и, несмотря на "угрожающий" характер, не оказывает повреждающего действия на головной мозг. Поэтому, как правило, медикаментозная терапия такого кратковременного приступа не проводится.

Существуют определенные правила поведения родителей и оказания неотложной помощи при судорожном приступе у ребенка

1. При наличии ауры (предвестников приступа), необходимо положить ребенка на спину на кровать или на пол, расстегнуть воротник и освободить от тесной одежды.
2. Изолировать ребенка от любых повреждающих предметов (острые углы и края, вода).
3. Не паниковать, вести себя спокойно. Соблюдать тишину и внимательно наблюдать за течением приступа. Зафиксировать продолжительность приступа по часам.
4. Повернуть голову ребенка набок во избежание аспирации слюны и западения

языка.

5. При возникновении рвоты удерживать ребенка (без применения силы) в положении на боку.

6. Ни в коем случае нельзя применять никаких предметов (шпатель, ложка) для разжатия челюстей.

7. Не давать никаких лекарств или жидкостей перорально (через рот).

8. Находиться возле ребенка до полного прекращения приступа.

9. Не тревожить ребенка после приступа и, в случае наступления сна, дать ему выспаться.

10. При подозрении на фебрильный приступ измерить температуру тела.

При более длительных судорогах возможно применение назначенных врачом противосудорожных средств, но не через рот, так как ребенок не способен их проглотить, и их противосудорожный эффект наступает нескоро - через 15-30 минут. Предпочтителен, прост в употреблении, безопасен и быстр ректальный метод введения препарата. Кроме того, введение препарата ректально не требует специальных медицинских навыков, стерильных условий и может осуществляться родителями больного.

НУЖНО ЛИ ЛЕЧИТЬ ЭПИЛЕПСИЮ?

За редкими исключениями (доброкачественные формы болезни, фебрильные судороги), эпилепсию обязательно следует лечить. Необходимость лечения обусловлена тем, что при частых судорогах формируется замкнутый круг, каждый предшествующий судорожный приступ "прокладывает дорогу" следующему, возбуждая нейроны коры головного мозга. Только адекватная, своевременно назначенная терапия способна разорвать данный порочный круг. Задержка с назначением противосудорожной терапии может приводить к драматическим последствиям - развитию умственной отсталости, задержке психомоторного развития. В большинстве случаев, чем раньше начинается лечение детей, тем лучше бывает его результат и тем быстрее наступает выздоровление.

Кроме того, частые и даже редкие эпилептические приступы существенно снижают качество жизни больного. Например, ребенок, который не лечится и, соответственно, имеет более высокий риск судорожного приступа, чаще травмируется, у него выше опасность внезапного падения с потерей сознания на улице, в детском учреждении, в школе. Возможны серьезные автотранспортные происшествия, падения с лестниц, опасно самостоятельное купание в водоеме или ванне. Частые приступы приводят также к снижению успеваемости в школе, ребенок не может заниматься спортом и физкультурой, реже ходит в гости и на общественные мероприятия. Длительные судороги, и, особенно, эпилептический статус могут вызывать гибель нейронов коры головного мозга. Доказано, что своевременная и адекватная терапия способствует снижению продолжительности судорог и профилактике возникновения эпилептического статуса.

КОГДА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИЛЕПСИИ?

Вопрос о том, когда начинать лечение эпилепсии у детей - один из самых сложных и принципиальных вопросов. Альтернатива выбора довольно ответственна и требует точной диагностики. С одной стороны, врач во многих случаях имеет отчетливую перспективу добиться полного контроля над приступами, с другой - он не может не знать и не предвидеть тех неблагоприятных последствий, которые возможны при длительном приеме антиконвульсантов. История знает немало примеров болезни у великих людей - Ю. Цезарь, Ф.М. Достоевский, В.Ван Гог, Г.Флобер и др. - которые страдали "падучей", не получая лечения, и долгое время сохраняли творческий потенциал. Трудно сказать, как могли бы повлиять антиконвульсанты на творческую активность гениев. Однако, подобные примеры единичны. Гораздо чаще наблюдаются ситуации, когда несвоевременная терапия является причиной инвалидизации.

Тем не менее, по мнению большинства неврологов, длительное назначение противосудорожной терапии после первого судорожного приступа не рекомендуется. Единичный судорожный приступ, хотя и являетсястораживающим относительно возможности развития заболевания, вовсе не означает наличия у больного эпилепсии. Однократные судорожные пароксизмы нередко могут возникать под влиянием различных факторов - лихорадки, метаболических нарушений (гипогликемии, гипокальциемии, гипомагниемии), уремии, острой инфекции, отравления и др. Устранение данных факторов приводит к купированию приступов.

Главным условием для назначения длительной противосудорожной терапии наличие повторных, стереотипных, спонтанно возникающих приступов.

КАКОВЫ ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ?

Основными принципами терапии эпилепсии являются:

- лечение одним противосудорожным препаратом (антиконвульсантом) - монотерапия;
- регулярность;
- длительность (не менее 3 лет);
- индивидуальность.

ЧТО ТАКОЕ "ДНЕВНИК ПРИСТУПОВ"?

Дневник или календарь приступов - это запись данных о дате, времени, характере и продолжительности эпилептического приступа у пациента. Родители ведут строгий учет частоты приступов, возможных провоцирующих факторов, получаемых препаратов и их дозировок, возникающих побочных проявлений. В специализированных стационарах иногда выдают специально разработанные формы дневников. Однако форма дневника может быть произвольной, главное - четкость фиксации приступов. Только на основании дневника врач может получить впечатление об эффективности противосудорожных препаратов. Особенно высока ценность дневника приступов в тех ситуациях, когда родители обращаются к новому врачу или ребенок имеет длительную (в течение нескольких лет) историю болезни с применением самых разных противосудорожных средств.

МОЖНО ЛИ ВЫЛЕЧИТЬ ЭПИЛЕПСИЮ?

Часто родители задают вопрос о том, какое лечение эпилепсии может считаться успешным. Благодаря успехам современной фармакотерапии в 70-75 % случаев возможен полный контроль приступов при применении одного антиконвульсанта (противосудорожная монотерапия). Таким образом, большинство эпилепсии являются лечимыми и излечимыми заболеваниями. Однако необходимо помнить, что разные формы эпилепсии имеют различное течение и прогноз. Существует ряд форм эпилепсии, которые называются «катастрофическими*» и характеризуются ранним началом заболевания (первые 3 года жизни), высокой частотой приступов, задержкой нервно-психического развития ребенка, резистентностью (устойчивостью) приступов к противосудорожной терапии. Учитывая данный факт, врач и родители должны понимать, что цели лечения благоприятных и катастрофических форм эпилепсии отличаются.

Основными целями лечения благоприятных форм эпилепсии являются:

- полный контроль приступов;
- отсутствие побочных эффектов терапии;
- наименьшая стоимость и простота лечения.

В случае катастрофической эпилепсии врач, как правило, вынужден применять комбинации двух, а иногда и трех противосудорожных препаратов.

Цели терапии катастрофических эпилепсии включают:

- максимальное снижение частоты приступов;
- достижение переносимых побочных эффектов;
- минимальное влияние эпилепсии и противосудорожных препаратов на нервно-психическое развитие ребенка.

Установление катастрофического характера эпилепсии, прогнозирование течения заболевания и обсуждение с родителями целей и особенностей лечения является непосредственной задачей врача.

Одной из причин резистентности (устойчивости) приступов к противосудорожным препаратам может быть структурный дефект в мозге. В настоящее время многие формы эпилепсии, при которых имеется структурный дефект в головном мозге, успешно лечатся хирургическим путем.

Что такое хирургическое лечение эпилепсии?

Показаниями к хирургическому лечению эпилепсии являются;

- отсутствие эффекта противосудорожных препаратов;
- парциальная эпилепсия;
- наличие у ребенка эпилептического фокуса - очага патологической активности клеток мозга, являющегося причиной возникновения приступов.

Процесс отбора пациентов для нейрохирургического вмешательства сложен и имеет довольно длительный характер. Вопрос о необходимости нейрохирургического

вмешательства решается коллегиально детскими неврологами, нейрохирургами и психологами, при этом тщательно оцениваются возможный риск операции и предполагаемая ее эффективность.

МОЖЕТ ЛИ РЕБЕНОК С ЭПИЛЕПСИЕЙ ЗАНИМАТЬСЯ СПОРТОМ?

Дети с эпилептическими приступами, которые находятся под медикаментозным контролем, вполне могут заниматься физкультурой и спортом. С целью самоутверждения, преодоления чувства физической неполноценности, повышения социальной интеграции врачи должны поощрять больных эпилепсией в занятиях спортом.

Однако необходимо освободить ребенка от занятий на спортивных снарядах, где существует опасность падения (брусья, кольца, бревно и т.д.). Не следует также заниматься верховой ездой, лыжным и конькобежным спортом, прыжками с трамплина, нырянием с аквалангом. Больным с не полностью контролируруемыми приступами разрешается езда на велосипеде только в шлеме. Повышенный риск существует, конечно, при плавании. Плавать ребенок с эпилепсией может только в присутствии взрослых, знающих о его приступе. Особенно бдительными должны быть родители во время купания ребенка с эпилепсией в открытом водоеме. Купание в холодной воде или при большом контрасте температур воды и воздуха может служить провоцирующим фактором развития эпилептического приступа. Даже в домашних условиях не следует закрывать дверь в ванную при купании ребенка и прибегать к экстремальным температурным воздействиям (исключительно высоким или низким температурам воды).

Если частые приступы мешают участию в спортивных соревнованиях, то с ребенком следует чаще гулять на свежем воздухе или делать вольные упражнения на полу.

КАКИМ ДОЛЖЕН БЫТЬ РЕЖИМ ДНЯ И ОТДЫХА РЕБЕНКА С ЭПИЛЕПСИЕЙ?

Важным условием лечения ребенка с эпилепсией является соблюдение определенных правил режима дня. Дети с эпилепсией должны ложиться спать в фиксированное время и иметь полноценный 8-часовой сон. Недосыпание может явиться провоцирующим фактором эпилептического приступа. В тех случаях, когда родители замечают связь приступов с просмотром телепередач, количество проводимого перед телевизором времени следует ограничить, а в отдельных случаях, когда связь между просмотром телепередач и приступом очевидна ("телевизионная" эпилепсия) вообще исключить данные виды нагрузок.

Диета ребенка с эпилепсией должна быть обычной. Следует лишь ограничить избыточный прием соли и острых блюд, а у подростков - алкоголя.

КАК РАЗГОВАРИВАТЬ С РЕБЕНКОМ О ЕГО ЗАБОЛЕВАНИИ?

Родителям желательно не говорить с ребенком о его болезни в присутствии посторонних людей. Спрашивать о его самочувствии лучше наедине. Не нужно выражать поверхностного утешения и сочувствия - "не вешай голову" и т.п., это как раз то, чего ребенок не хочет. Если Ваш ребенок уже подросток, то все разговоры в семье о приступах должны вестись откровенно и честно. Деловое обсуждение предотвращает развитие жалости по отношению к самому себе. Необходимо дать ребенку уверенность в том, что Вы всегда придете ему на помощь, если это необходимо, но в то же время совершенно нет необходимости следить за каждым его шагом.

Окружающие ребенка, его товарищи и одноклассники не обязательно должны знать о его заболевании. Если Вы считаете нужным сообщить им об этом, то лучше это сделать в небольшой группе, рассказать об особенностях болезни и попросить помочь больному ребенку.