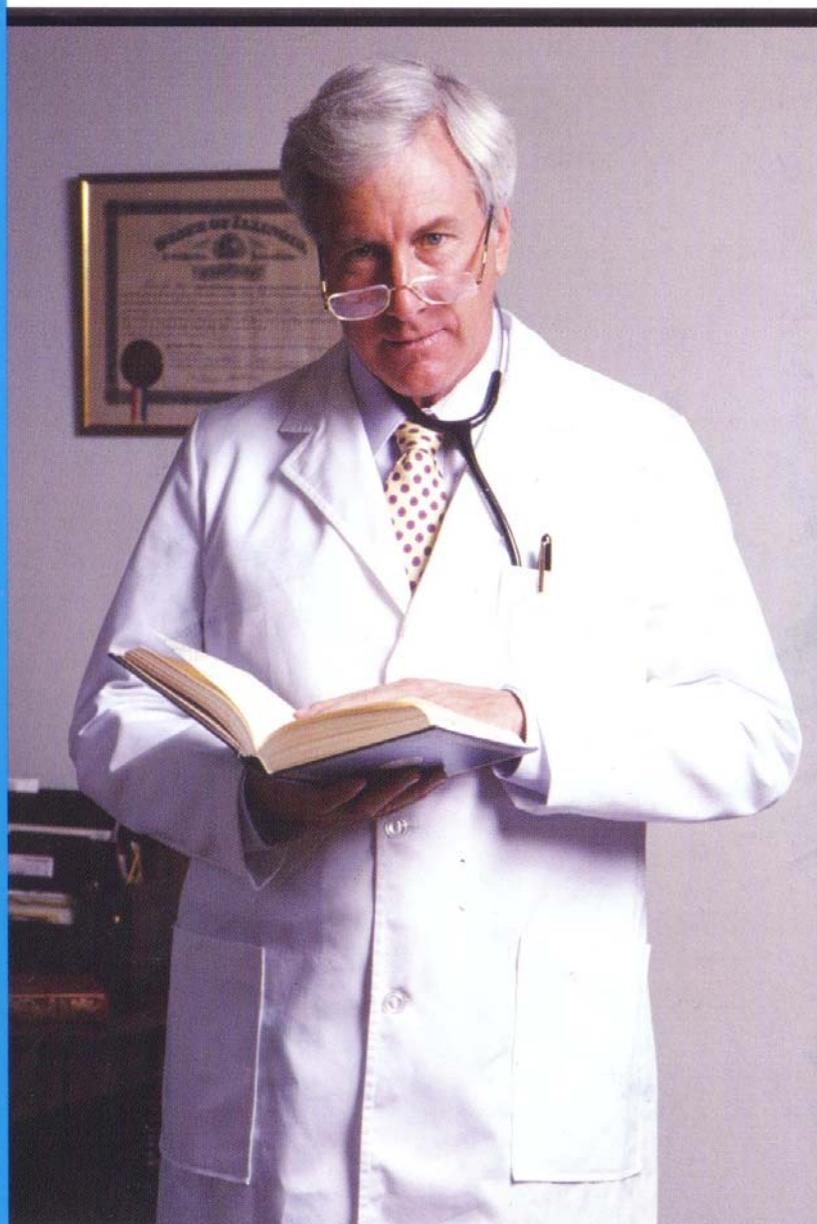


**ВАШ РЕБЕНОК БОЛЕЕТ
ЭПИЛЕПСИЕЙ**



**Алматы
2005**

Составители:

руководитель детского противосудорожного центра Министерства Здравоохранения Российской Федерации, профессор, доктор медицинских наук
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

профессор, доктор медицинских наук
Павел Алексеевич Тёмин

**Повторное издание осуществлено Бутовым Игорем Юрьевичем, эпилептологом,
действительным членом Европейской Академии Эпилепсии (EUREPA)
на частные средства**

Не для коммерческого использования

Уважаемые родители!

Данная брошюра адресована тем, у кого в семье ребенок страдает эпилепсией. Мы понимаем, что в связи с болезнью Вашего ребенка у Вас есть немало вопросов о лечении ребенка, оказании неотложной помощи в случае появления приступа, перспективах развития Вашего ребенка и многих других. Это побудило нас к написанию данной брошюры, в которой, мы надеемся, Вы найдете ответы на Ваши вопросы.

Что такое эпилепсия?

Эпилепсия (древнегреческое слово «epilambanein») 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». Термин «священная болезнь» впервые упоминается в сочинениях Гераклита и Геродота. Считалось, что эпилепсия связана с вселением в тело духов, дьявола. Бог насылал ее на человека в наказание за несправедную жизнь. Древнегреческий врач Аретеус, описывая эпилептический приступ, сравнивал больного с видом быка, которому перерезали горло — «руки стиснуты, голова отведена вперед или назад, или приведена к плечу, а ноги ударяют во все стороны».

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. Отец ребенка пришел к Христу со словами: «Учитель, я привел к тебе моего сына, в которого вселился злой дух. Когда дух овладевает его телом, он терзает его, и тогда он падает, изнемогая, испуская пену изо рта, крепко стискивает зубы... Иисус сказал: «Ты, дух злобный и темный, заклинаю тебя, выйди из него и никогда не входи вновь». И дух закричал и вышел из тела мальчика, а тот упал, как будто бездыханный. Но когда Иисус прикоснулся к нему, мальчик очнулся».

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, трансами, 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 (Беллерофон, 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 эпилепсия — группа разных заболеваний, основным проявлением которых являются повторные, спонтанно возникающие эпилептические приступы. Важно отметить, что существуют как доброкачественные формы эпилепсий, так и прогностически неблагоприятные. 70-80% эпилепсий хорошо поддаются лечению, некоторые формы эпилепсий самостоятельно прекращаются без терапии в возрасте 13-15 лет. В большинстве случаев интеллект больных эпилепсией нормальный, психическое развитие не страдает.

Диагноз эпилепсии может быть поставлен только врачом-специалистом (эпилептологом). Устанавливая диагноз эпилепсии, врач берет на себя значительное бремя ответственности за судьбу Вашего ребенка. От правильности установления диагноза зависит и стратегия лечения.

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. И, наконец, всегда следует помнить о том, что многие серьезные заболевания нервной системы, такие, как энцефалит и менингит, могут начинаться с судорог на фоне температуры. 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.* Как правило, простые фебрильные судороги возникают у нормально развивающихся детей, не имеющих неврологических нарушений.

Важно отметить, что существуют простые и сложные фебрильные судороги. Простые фебрильные судороги составляют 80-90 % от 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 наблюдается трансформация фебрильных судорог в эпилепсию (вернее сказать, имели место не фебрильные судороги, а фебрильно-обусловленные эпилептические приступы).

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 эпилептологом.

Другими ситуациями, при которых возможны так называемые «случайные» судороги, являются недостаточность минералов (кальция), 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

Как часто встречается эпилепсия?

Эпилепсия является одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы. Эпилепсия встречается с одинаковой частотой во всем мире – около 0,5-1 % населения страдают этой болезнью. Ежегодно регистрируемая заболеваемость эпилепсией, исключая фебрильные судороги и единичные пароксизмы, варьирует от 20 до 120 новых случаев на 100 000 человек в год, в среднем – 70 на 100 000. Только в странах СНГ этой болезнью болеют около 2,5 млн. человек. В Европе, чье население насчитывает приблизительно 400 млн. человек, около 2 000 000 детей страдают эпилепсией. Эпилепсия нередко сочетается с другими заболеваниями и патологическими состояниями – хромосомные синдромы, наследственные болезни обмена веществ, детский церебральный паралич. 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 – боязнь общественного порицания, устрашающие клинические проявления болезни (крик, внезапное падение, судорожное всего тела, непроизвольное мочеиспускание и т.д.), страх развития невропсихических нарушений (в том числе умственной отсталости), постоянное ожидание приступа и невозможность его контроля, неверие в возможности современной медицины, вероятность 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. И, сплевывая, человек пытался отделаться от демона и ускользнуть от заразы. Теофраст, характеризуя данное суеверие, писал: «Когда кто-нибудь видит сумасшедшего или эпилептика, он вздрагивает и плюет в его сторону», а триста лет спустя Плиний чистосердечно признавался: «В случае эпилепсии мы плюемся, таким образом избавляясь от инфекции» [О. Темкин, 1924]. В предчувствии приступа больной убегал в пустынное место, где никто его не мог видеть и накрывал голову. 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: «Когда он падает на землю, испуская пену изо рта, – берегитесь его, если вам дорога жизнь! Не разрешайте никому подходить близко, так как если его ужасное дыхание попадет в рот другого человека, тот может заболеть тем же» [О. Темкин, 1924]. Отчасти отголоски подобных предрассудков 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, однако, является, ошибочным. На самом деле 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, – о 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 эпилепсий, так как 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 эпилепсий имеют мультифакториальную природу, т.е. обусловлены совокупностью генетических и приобретенных факторов. Вклад генетических факторов значителен, но не является решающим.

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

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

Какие сведения родители должны сообщить врачу для правильного клинического диагноза?

В большинстве случаев врач не имеет возможности видеть особенности приступа у ребенка и основным источником информации о характере приступа являются родители или близкие родственники. Естественно, что в зависимости от того, насколько достоверно и объективно родители расскажут врачу о том, что было с ребенком, зависит и правильность диагноза. Для установления формы эпилепсии родители должны ответить на следующий перечень вопросов, исключительно важных для диагноза:

- Возраст появления эпилептических приступов
- Характер приступа (положение головы, глаз, движения в конечностях, напряжение или расслабление всего тела, изменение цвета лица, величины зрачков)
- Начало приступа (внезапное, постепенное)
- Продолжительность приступа (секунды, минуты)
- Особенности поведения ребенка перед началом и после окончания приступа (бодрствование, сон, беспокойство, раздражительность, возбудимость и т.д.)

- Возможные провоцирующие факторы (температура, недостаток сна, физическое переутомление, психологические стрессы, просмотр телевизора, яркий свет, компьютерные игры, менструация и т.д.)
- Время суток, в которое возникает приступ (до или после пробуждения, днем, перед или после засыпания, ночью)
- Первая помощь, которая оказывалась больному при приступе (расстегивание тугой одежды, обеспечение проходимости дыхательных путей, поворот головы набок, предупреждение ушибов и травм, введение лекарственных препаратов и т.д.)

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: «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:

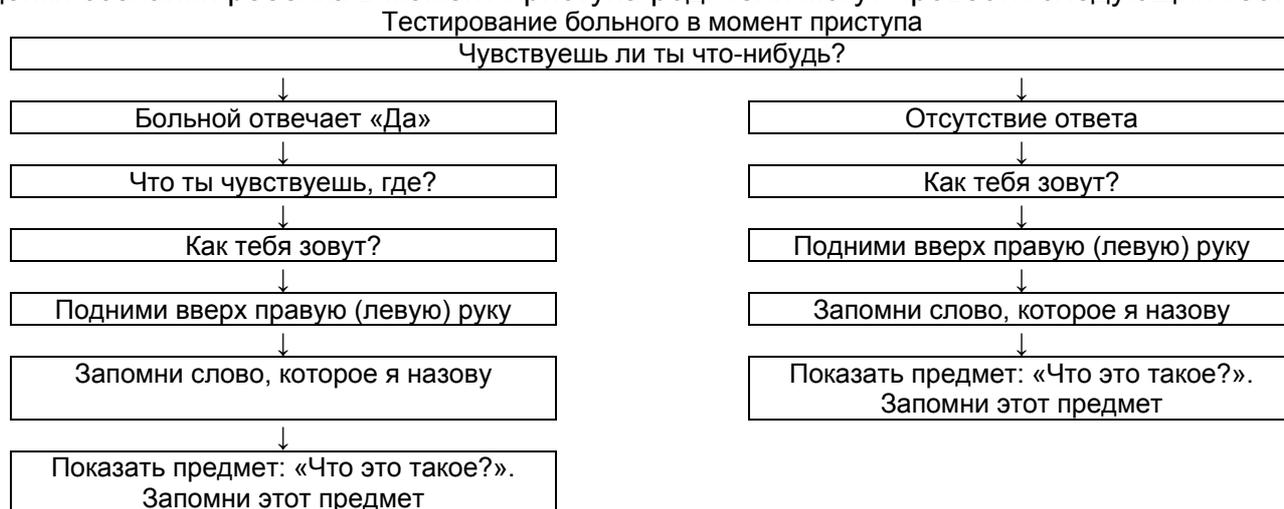
- соматосенсорные (ощущения онемения, покалывания, чувство невозможности движения в конечности)
- зрительные (внезапная кратковременная потеря зрения, вспышки света, фигуры, пятна разного цвета, образы людей, животных перед глазами, изменения восприятия формы и величины окружающих предметов и т.д.)
- 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 эпилептического приступа?

Эпилептически 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 по окончании приступа: <ul style="list-style-type: none"> • Когда у тебя был последний приступ? • Какой последний момент перед приступом ты помнишь? 	Ориентация после приступа: <ul style="list-style-type: none"> • Как тебя зовут? • Где ты находишься? • Какое сегодня число?
---	---

Полное нарушение сознания: <ul style="list-style-type: none"> • отсутствие ответов на вопросы в момент приступа • отсутствие выполнения команд в момент приступа • полная амнезия (невозможность вспомнить слово и предмет, показанные во время приступа). 	Сохранное сознание: <ul style="list-style-type: none"> • способность отвечать на вопросы в момент приступа • способность выполнять команды в момент приступа • способность вспомнить слово и предмет после приступа
Частичное нарушение сознания: <ul style="list-style-type: none"> • 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 при остановке речи: <ul style="list-style-type: none"> • 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 те-

ла или во всем теле)

- автоматические движения (жевание, глотание, чмокание, 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 родителем 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
Тонический	нарушено	Глаза приоткрыты и отведены вверх, напряжение и вытягивание конечностей, либо – напряжение и сгибание рук в сочетании с напряжением и вытягиванием ног
Клонический	нарушено	Симметричное подергивание конечностей
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	<ul style="list-style-type: none"> • 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, чмокание, облизывание губ, педалирующие движения ногами, стереотипные движения руками и т.д.)

Какова продолжительность приступа?

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 у ребенка 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.

Какие исследования необходимо проводить при эпилепсии?

Для подтверждения диагноза «эпилепсия» необходимо проведение электроэнцефалографии (ЭЭГ), позволяющей регистрировать как нормальную, так и патологическую деятельность головного мозга. Электроэнцефалография — безопасный и доступный метод регистрации и оценки суммарной электрической активности, которая имеет место во многих миллиардах клеток коры головного мозга. Условно говоря, это некая «мозговая кривая», которая имеет различный характер в нормально функционирующем головном мозге и в головном мозге, охваченном эпилептическим разрядом. Проведение ЭЭГ у ребенка с судорогами преследует две основные цели: дает электроэнцефалографическую оценку характера приступа (парциальный он или генерализованный) и оценку эффективности терапии. На ЭЭГ, записанной во время приступа, отчетливо видно, в каких именно отделах мозга возникает эпилептический приступ и как он распространяется. При эффективной противосудорожной терапии, как правило, отмечается исчезновение эпилептических изменений на ЭЭГ кривой. В то же время невозможно по кривой ЭЭГ судить об интеллектуальном развитии ребенка и о его поведении. Следует также помнить о том, что вне эпилептического приступа ЭЭГ кривая может иметь нормальный характер, что не противоречит диагнозу эпилепсии.

ЭЭГ регистрируется в период бодрствования, при необходимости – во время естественного сна, в межприступном периоде или в момент приступа. Наиболее информативной является запись ЭЭГ во время приступа. В силу своей безопасности и безболезненности, ЭЭГ можно проводить повторно и так часто, как это рекомендует врач. В настоящее время наиболее информативной методикой для определения характера приступа является одновременная видеозапись приступа и регистрация ЭЭГ. Данная методика получила название видеомониторинга.

Нейрорадиологические исследования (компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга) проводятся для поиска структурных изменений в мозге (порок развития, опухоль, травма), которые могут быть причиной развития эпилептических приступов. Иногда обнаруживаются изменения, характерные для определенных заболеваний, сочетающихся с эпилепсией, например, туберозного склероза, цитомегалии, токсоплазмоза. Если при нейрорадиологическом обследовании изменения в головном мозге отсутствуют, то это свидетельствует в пользу более доброкачественного варианта заболевания и благоприятного прогноза эпилепсии.

У ребенка с эпилепсией предпочтительнее использовать магнитно-резонансную томографию головного мозга (МРТ), являющуюся более безопасным и информативным методом исследования в сравнении с компьютерной томографией. У маленьких детей, которые не способны лежать неподвижно в течение 10-15 минут, проведение нейрорадиологических исследований требует медикаментозного сна (с введением препаратов типа реланиума или седуксена) или общего наркоза.

В отдельных случаях причиной судорог у детей являются хромосомная патология, болезни обмена веществ, при которых необходимы дополнительные исследования – определение хромосомного набора, биохимические исследования крови и мочи.

Однако, несмотря на применение самых современных методов исследования, далеко не всегда удается найти причину эпилепсии у ребенка. Тем не менее, данный факт не должен вызывать у родителей сомнений в диагнозе эпилепсии и препятствовать ее правильному лечению.

Нужно ли лечить эпилепсию?

За редкими исключениями (доброкачественные формы болезни, фебрильные судороги), эпилепсию обязательно следует лечить. Дело в том, что при частых судорогах как бы 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. В большинстве случаев, чем раньше начинается лечение, 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. Кроме того, Вы уже знаете, что 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 ребенка с судорогами – 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 эпилепсии 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, по-

добные примеры единичны. Гораздо чаще наблюдаются ситуации, когда несвоевременная терапия является причиной инвалидизации.

Тем не менее, по мнению большинства эпилептологов, 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 является наличие повторных, стереотипных, спонтанно возникающих приступов.

Какие цели преследуют родители и врач в лечении эпилепсии?

Цели терапии:

- полное прекращение приступов
- минимум побочных эффектов при применении терапии
- улучшение качества жизни больного ребенка

Каковы основные принципы лечения эпилепсии?

Основными принципами терапии эпилепсии являются:

- лечение одним противосудорожным препаратом (антиконвульсантом) – монотерапия
- регулярность
- длительность (не менее 3 лет)
- индивидуальность
- соответствие препарата типу приступов и форме эпилепсии

Долгое время популярным методом терапии являлся подбор «чудотворной Смеси». Многими клиницистами в России широко применялись такие смеси как смесь Серейского, Воробьева, включавшие подобранные по эмпирическому принципу препараты различного спектра действия. И до сих пор нередко терапия начинается с применения сразу нескольких антиконвульсантов. Фармакологические и клинические исследования показали, что монотерапия обладает существенными преимуществами в сравнении с политерапией (комбинацией антиконвульсантов):

- высокая клиническая эффективность
- меньшая вероятность побочных эффектов
- отсутствие нежелательных взаимодействий антиконвульсантов, приводящих к снижению эффективности лечения

Основными недостатками применения комбинаций антиконвульсантов являются:

- невысокая терапевтическая эффективность
- высокий риск побочных эффектов и развития лекарственной токсичности
- взаимодействия антиконвульсантов, способствующие снижению эффективности их действия

Важно отметить, что не существует универсального противосудорожного препарата, одинаково эффективного для разных типов приступов и разных форм эпилепсии. Тот препарат, который помог ребенку Ваших знакомых, может оказаться совершенно не эффективным у Вашего собственного ребенка. Естественно, что выбор препарата должен осуществляться врачом на основании правильно поставленного диагноза определенной формы эпилепсии. Иногда проходит достаточно значительное время (недели и месяцы) до того, как врач определится с правильным диагнозом и, соответственно, с нужным препаратом, что требует от родителей ребенка определенного терпения.

Из раздела «Что такое эпилепсия?» Вы знаете, что эпилепсия вызывается нарушени-

ем функций нервных клеток, которые иногда из-за большого возбуждения или слабого торможения дают эпилептический разряд. Оба этих действия необходимо выровнять, поэтому все противосудорожные средства действуют на активность клеток головного мозга. Они либо стабилизируют мембрану нервных клеток так, что бы они стали менее чувствительны к раздражению, либо тормозят передачу возбуждающих веществ.

Противосудорожный препарат должен даваться в достаточной (терапевтической) дозе.

Наиболее распространенной ошибкой в лечении судорог является прием низкой, не оказывающей противосудорожного действия, дозы противосудорожного препарата. При этом создается ложное впечатление о неэффективности препарата и процесс лечения эпилепсии затягивается. Доза препарата рассчитывается врачом индивидуально для каждого пациента и каждого препарата. Рассчитывается суточная доза на килограмм веса ребенка, затем определяется кратность приема препарата. Различные противосудорожные препараты имеют различную кратность приема – от одного до трех раз в день.

Терапия должна начинаться с минимальной дозы противосудорожного препарата.

Доза препарата увеличивается постепенно с постоянным вниманием по отношению к возможным побочным действиям и изменениям в клинической картине заболевания. Медленное увеличение дозы, как правило, обеспечивает более редкие и менее тяжелые побочные эффекты.

Два противосудорожных препарата и более должны назначаться только при неэффективности монотерапии.

Лечение должно быть регулярным и проводится достаточно продолжительное время.

Продолжительность терапии антиконвульсантами должна составлять несколько лет – от 2-3 лет при доброкачественных формах эпилепсии до 5-10 лет при злокачественных. Противосудорожный препарат необходимо принимать ежедневно, не должно быть перерывов в приеме. Преждевременный обрыв терапии может вызвать длительные и тяжелые судороги, иногда с развитием эпилептического статуса. Таким образом, не удастся достичь излечения эпилепсии. Только врач способен решить вопрос о безопасности и целесообразности отмены противосудорожного препарата.

Изменения в терапии должны проводиться только по согласованию с лечащим врачом.

Безопасны ли применяемые противосудорожные препараты?

Необходимо помнить о том, что противосудорожные препараты, как и многие другие лекарства, имеют нежелательные (побочные) действия. Важно отметить, что побочные реакции могут быть немедленными (сразу после приема того или иного препарата), дозозависимыми (связанными с дозой) и хроническими (при длительном приеме препарата). Родителям следует внимательно ознакомиться с информационным листком, который приложен к препарату, и в случае появления вопросов, их следует немедленно задать врачу. Наиболее частыми дозо-зависимыми эффектами при применении противосудорожных средств могут быть головокружение, шаткость при ходьбе, двоение в глазах, сонливость, тошнота и рвота. Аллергические реакции на введение противосудорожных препаратов обычно проявляются в виде кожной сыпи, однако могут вызвать и серьезные осложнения, такие, как печеночная недостаточность и угнетение кроветворения. С целью профилактики побочных эффектов доза противосудорожных препаратов всегда увеличивается медленно и постепенно.

Наиболее тревожными являются первые несколько дней приема препарата, когда может иметь место его непереносимость, либо дозозависимый эффект. По истечению нескольких дней возможная угроза возникновения побочного действия снижается и в дальнейшем возможны только хронические побочные эффекты. Во избежание хрониче-

ских побочных эффектов ребенку следует проводить так называемый клинический и лабораторный мониторинг, то есть контроль за деятельностью внутренних органов, нервной системы и параметров крови и мочи. Один раз в три месяца ребенка, получающего противосудорожные препараты, следует показать педиатру, провести ребенку ультразвуковое исследование внутренних органов, электрокардиограмму, общий и биохимический анализ крови.

Если первая или вторая попытки назначения противосудорожного препарата не принесли успеха, не следует терять терпение. Лечение эпилепсии – процесс длительный, требующий тесного сотрудничества и доверия между врачом, ребенком и его родителями. Для анализа эффективности проводимой терапии врачом необходимо, чтобы близкие больного вели так называемый дневник или календарь приступов.

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. Но 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 судорог 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.

Что делать родителям, если у ребенка случились 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
5. При возникновении рвоты удерживать ребенка (без применения силы) в положении на боку
 - Ни в коем случае нельзя применять никаких предметов (шпатель, ложка) для разжатия челюстей.
 - Не давать никаких лекарств или жидкостей перорально (через рот).
 - Находиться возле ребенка до полного прекращения приступа.
 - Не тревожить ребенка после приступа и, в случае наступления сна, дать ему выспаться.
 - 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, сте-

рильных условий и просто осуществляется родителями больного. Наиболее часто с целью купирования продолжительный судорог ректально вводится диазепам.

Диазепам для ректального применения выпускается в виде растворов и суппозиториев, при этом доза препарата составляет 0,2-0,5 мг/кг. Начинается противосудорожное действие раствора диазепама через 4-5 минут, а пик концентрации в сыворотке при ректальном введении раствора диазепама достигается в пределах 15 мин.

Отличается ли лечение фебрильных судорог от лечения эпилепсии?

Как правило, молодые родители, впервые сталкивающиеся с острым эпизодом фебрильных судорог, бывают психологически не подготовлены, находятся в растерянности и не знают, каковы должны быть их действия. Внимание родителей в первую очередь должно быть обращено на доброкачественное в большинстве случаев течение фебрильных судорог (2-5% исходов в эпилепсию, среди которых – немалый процент трансформации в доброкачественные эпилептические синдромы). То есть родителям необходимо понять, что вероятность трансформации фебрильных судорог в тяжелые формы эпилепсии в целом невелика. Вместе с тем родители должны знать, что вероятность развития повторного пароксизма фебрильных судорог достаточно велика, и предсказать его довольно реально. Абсолютно исключить рецидив фебрильных судорог практически невозможно. Поэтому родители должны следовать всем вышеперечисленным правилам поведения и оказания помощи ребенку с судорогами.

Хотя и считается, что приступ и провоцируется высокой температурой, следует сказать, что современные исследования показали, что провоцирующее действие имеет не сам факт высокой температуры, а скорость ее изменения (увеличения или уменьшения) более 1,5°C в час. Следовательно, назначение антипиретиков несет не меньший риск провокации, чем само заболевание с повышением температуры.

Родители должны также знать, в каких случаях необходимо немедленно показать ребенка врачу:

- продолжительность фебрильных судорог более 10 мин
- повторные фебрильные судороги, в интервале между которыми сохраняется нарушение сознания
- манифестация первого эпизода фебрильных судорог у детей моложе 6 мес.
- наличие неврологических симптомов (длительное нарушение сознания, пост-приступный паралич и т.д.)

Препаратом первой очереди выбора для купирования фебрильных судорог является диазепам, назначаемый в виде раствора для ректального введения либо внутривенно в дозе 0,5 мг/кг (смотри выше).

В настоящее время наиболее целесообразным методом профилактики возникновения фебрильных судорог считается так называемая интермиттирующая профилактика, при которой противосудорожный препарат применяется только на фоне сопутствующего заболевания с температурой, а не постоянно. Приверженцы метода интермиттирующей профилактики считают, что длительная терапия не оправдывает себя, поскольку риск трансформации фебрильных судорог в эпилепсию относительно невелик, а длительная терапия антиконвульсантами не дает абсолютных гарантий в профилактике рецидивов фебрильных судорог и обычно сочетается с побочными эффектами, некоторые из которых имеют необратимые последствия (влияние на нервно-психические функции). Комплекс интермиттирующих профилактических мероприятий включает назначение препаратов группы диазепама с первого по пятый день респираторного заболевания. Вопрос о выборе тактики профилактики (постоянная или интермиттирующая), препарате и его дозе обязательно решается врачом.

Можно ли вылечить эпилепсию?

Часто родители задают вопрос о том, какое лечение эпилепсии может считаться ус-

пешным. Успешной является та терапия, которая полностью, по крайней мере, на три года прерывает судороги. И врач, и пациент должны стремиться именно к такому результату. В тех случаях, когда на фоне терапии приступы существенно урежаются, то есть становятся относительно редкими (1 раз в 6-12 месяцев) можно говорить об относительно успешном лечении. По мере возможности, врач должен стремиться к абсолютному выздоровлению больного, и когда эффект терапии не достаточен, нередко врач прибегает либо к изменению дозы препарата, либо к смене его на другой препарат, либо к терапии, состоящей из нескольких препаратов.

В отдельных случаях, несмотря на многочисленные усилия оказать квалифицированную помощь больному современными препаратами, судороги остаются. Нередко их причиной может быть структурный дефект в мозге. В настоящее время на Западе некоторые формы эпилепсии, при которых имеется отчетливый структурный дефект в головном мозге, лечатся хирургическим путем. О успешности подобного лечения судить довольно трудно.

Клиническими исследованиями показано, что адекватное лечение эпилепсии противосудорожными препаратами позволяет добиться полного купирования пароксизмов в 80 % случаев. Эффективность лечения зависит как от адекватности терапии, так и от формы эпилепсии. При определенных доброкачественных формах эпилепсии все дети на 100% излечимы, то есть считаются здоровыми после окончания терапии.

Чтобы нагляднее показать эффективность лечения эпилепсии, приведем следующий пример. Из каждых десяти детей, страдающих эпилепсией, шестеро при правильном лечении никогда не будут страдать судорогами, у двух будет отмечаться значительное улучшение в виде уменьшения числа судорог и улучшения общего состояния ребенка. И только у двух детей из десяти не удастся добиться отчетливого улучшения на медикаментозной терапии. Считается, что у одного из этих двух детей успешным является нейрохирургическое лечение эпилепсии. Для родителей тех детей, для которых не эффективно ни медикаментозное, ни нейрохирургическое лечение, все-таки существует надежда на развитие науки об эпилепсии, на разработку новых эффективных противосудорожных средств и на эффект применения альтернативных методов терапии.

Что такое хирургическое лечение эпилепсии?

Незначительной части детей не помогают никакие противосудорожные средства и их комбинации. У данной группы встает вопрос о необходимости нейрохирургического вмешательства. В мире существует всего несколько специализированных центров, куда поступают специально отобранные пациенты. Процесс отбора пациентов для нейрохирургического вмешательства сложен и имеет довольно длительный характер. Серьезный вопрос о необходимости нейрохирургического вмешательства решается коллегиально детскими неврологами, нейрохирургами и психологами, причем тщательно взвешиваются возможный риск операции и предполагаемая ее эффективность.

Может ли ребёнок с эпилепсией посещать обычный детский сад и школу?

Некоторые детские сады отказываются принимать к себе детей, больных эпилепсией. В целом, это не правильно. Если эпилептические приступы находятся под контролем и редки, а ребенок не страдает умственной отсталостью, этот отказ не оправдан. Для ребенка, больного эпилепсией важно, чтобы его не считали инвалидом. Эпилептические приступы для него – временные эпизоды, которые не должны заслонять от него нормальную жизнь. Если же у ребенка имеются явные нарушения психического развития или частые ежедневные приступы, плохо поддающиеся терапии, то большую пользу ребенок получит в специализированном детском саду или школе. Некоторые дети с эпилепсией, которые первоначально обучались в специализированной школе, после улучшения их состояния могут быть переведены в обычные школы.

Воспитатель в детском саду и учитель в школе должны быть информированы о бо-

лезни ребенка и о правилах оказания первой помощи при судорожных состояниях. Для ребенка, который обучается по обычной школьной программе, наличие эпилептических приступов в большинстве случаев не служит оправданием для плохой успеваемости и учитель должен относиться к ребенку как к совершенно здоровому. Дети или подростки, страдающие эпилептическими приступами, но без нарушений психики, способны безо всяких оговорок выдерживать все требования учебного процесса. Необходимо достижение договоренности между родителями и медицинским персоналом учреждения о возможности дневного приема противосудорожного препарата, если это необходимо. Возможно участие ребенка, больного эпилепсией, в коллективных поездках при предварительном согласовании с родителями.

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 контролируемыми 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 заболевании. Особенно бдительными должны быть родители вовремя 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, поэтому не должно быть никаких исключений. В тех случаях, когда родители замечают связь приступов с просмотром телепередач, количество времени, проведенного перед телевизором, 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. Необходимо объяснить подростку, что избыточное количество алкоголя может вызвать у него учащение и утяжеление судорог. Строгие запреты для подростков не всегда эффективны и часто дают противоположный результат. Родителям приходится в деликатной форме напоминать подросткам о необходимости разумного отношения к алкоголю, достаточному сну, пищевым привычкам, то есть ко всему, что может спровоцировать ухудшение судорог.

Как разговаривать с ребенком о его заболевании?

Родителям лучше не говорить с ребенком о его болезни в присутствии посторонних людей. Лучше спрашивать его о том, как он себя чувствует, 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.

Какую профессию в дальнейшем может получить ребенок, страдающий эпилепсией?

Многие молодые люди, у которых судороги находятся под контролем, успешно оканчивают среднюю школу и учатся в колледжах и высших учебных заведениях. Список возможных профессий бесконечен, так как люди с редкими эпилептическими приступами могут работать врачами, учителями, юристами, социальными работниками и получить другие специальности. С другой стороны, существуют ограничения для водителей грузовиков, автобусов, и другого транспорта, а также для летчиков. Серьезные трудности возникают, если подросток с эпилепсией стремится стать военным или работать в милиции. Ему не следует ориентироваться также на профессию ныряльщика или пожарника. Если избегать этих исключений, то молодые люди с эпилепсией могут сделать вполне успешную профессиональную карьеру, дарующую им уверенность в себе и приносящую удовлетворение.

Предубеждение в отношении эпилепсии является серьезным фактором, лимитирующим трудоустройство больных молодых людей. Работодатели, узнав о диагнозе, нередко не нанимают на работу больных эпилепсией. Больные эпилепсией при поступлении на работу часто скрывают свой диагноз, чтобы не лишиться возможности адекватного трудоустройства. Несмотря на тот факт, что «стигматизация» больных эпилепсией является достаточно распространенной точкой зрения, большинство трудоустроенных больных с эпилепсией чувствуют себя равными членами общества. Обобщая представленные данные, следует отметить, что большинству больных эпилепсией не требуется специальная помощь для того, чтобы стать социально активными членами общества. Больные эпилепсией имеют равные с остальными членами общества права на поиск работы, выбор профессии и трудоустройство.

Как воспитывать ребенка с эпилепсией?

Эпилепсия может проявляться в различные возрастные периоды. Она может сочетаться как с нормальным интеллектом, так и с некоторыми отклонениями в поведении (эмоциональностью, агрессивностью). На родителях лежит серьезное бремя ответственности за правильное формирование личности ребенка больного эпилепсией. Известный психоаналитик, Юнг, обращал внимание на важную роль родителей в формировании психики ребенка: «У детей своеобразная патология. Как его тело в эмбриональный период представляет собой часть материнского тела, так и его психика в течение многих лет является частью духовной атмосферы родителей. Это объясняет, почему многие детские неврозы – это по сути своей скорее симптомы духовного состояния родителей, нежели собственного заболевания ребенка. Психика детей лишь отчасти принадлежит им самим – по большей части она все еще зависит от психики родителей, такая зависимость нормальна и ее нарушение вредно для естественного роста детской психики...»

Нередко излишняя тревога за судьбу ребенка, постоянное чувство ожидания приступа, необоснованное чувство вины за «порочную наследственность» приводят к искажению представления о тактике воспитания ребенка. Многие родители пытаются создать ребенку чрезмерно комфортные условия существования, ограничивают его контакты с

окружающими и сверстниками. Подобная гиперопека, а также само заболевание вызывает у детей чувство неполноценности и закомплексованности. Такие дети вырастают социально неадаптированными и во многих случаях, несмотря на отсутствие приступов, чувствуют себя ущербными. Постоянная нетребовательность к ребенку не развивает его способностей, в то же время завышенные требования к нему вызывают вредный стресс.

Данный факт наглядно продемонстрирован П. Лерман (1992) в сравнительном исследовании двух групп больных с доброкачественной и не влияющей на интеллект роландической эпилепсией. В первой группе врачи, считая, что болезнь неизлечима, связана с хроническим повреждением мозга, советовали максимально оберегать ребенка, ограничивать его активность. В другой, при утверждении доброкачественного характера болезни, врачи, разъясняя временность проблем с лечением, придавали больным и их родителям оптимизм. В результате были выявлены существенные различия в обеих группах. В первой, где присутствовала постоянная тревога за состояние больного, вызванная мрачным прогнозом, наблюдались множественные проблемы, связанные с поведением и обучением. По мере взросления у многих детей сформировался комплекс неполноценности, связанный с необходимостью постоянного лечения, негодностью к воинской службе, невозможностью получить водительские права. Согласно П. Лерман, многие больные страдали от изгнания их из общества ровесников и комплекса повышенной защиты и ограничений со стороны родителей. У детей часто развивалась антисоциальная позиция, бунтарский дух и отчаяние, они ощущали себя изгнанниками и часто испытывали серьезные трудности, связанные с социальной адаптацией. Вместе с тем, лица другой группы становились в большинстве своем уравновешенными, с активной жизненной позицией. Однако, как справедливо считает Х. Панаитопулос (1993), общественное мнение, закон, отношение медиков изменяется быстро. Поскольку роландическая эпилепсия прекращается после 16 лет и имеет невысокий риск возврата, Х. Панаитопулос (1993) пишет: «Я предлагаю снять ярлык «эпилепсия» с пациентов с роландической эпилепсией. Это уже было достигнуто в отношении фебрильных судорог и дает возможность неподходящего использования термина «хроническое заболевание мозга», как сформулировано в словаре эпилепсии ВОЗ.»

Таким образом, представляется гораздо более правильным вселить оптимизм в ребенка и обеспечить ему гармоничное воспитание, так как это делается по отношению к здоровым детям. В результате такого подхода к воспитанию дети будут развиваться социально адаптированными, и не будут чувствовать себя обреченными. Разумное решение – рассматривать ребенка как обыкновенного, нормального маленького человека, которому повышенная забота нужна только в области здоровья.