

Epilepsia

EPILEPSIA

– záchvatovitá porucha dynamiky základných nervových procesov v centrálnej nervovej sústavy (CNS), podmienená vznikom ohniska (okrsku) a okruhu patologického podráždenia a súčasne tiež vznikom patologického útlmu často rozsiahlych oblastí nervovej sústavy.

Z medicínskeho hľadiska je to vlastne skupina rôznych ochorení, ktoré sa od seba líšia nielen príčinou, ale aj vonkajšími prejavmi, ktorých spoločným znakom je **ZÁCHVAT**.

TYPY EPILEPSIE

A) *podľa klinických a hlavne EEG znakov :*

1. PARCIÁLNA EPILEPSIA – k podráždeniu dochádza v jednej časti alebo jednej hemisfére
mozgu
2. GENERALIZOVANÁ EPILEPSIA – patologický výboj sa šíri synchronne a symetricky na celý mozog

B) *z etiologického hľadiska :*

1. IDIOPATICKÁ EPILEPSIA (GENUÍNNÁ, KRYPTOGÉNNA, PRIMÁRNA) – jej príčinu sa zatiaľ nepodarilo bezpečne preukázať. Isté je, že určitý význam pri nej majú tiež genetické faktory. Vyskytuje sa u menšej časti chorých.
2. SYMPTOMATICKÁ EPILEPSIA (SEKUNDÁRNA) – má známu alebo veľmi pravdepodobnú príčinu, preukázateľnú klinicky. Zahŕňa väčšinu chorých.

C) *podľa typu záchvatov :*

1. GRAND MAL (GM)

- niekoľko hodín až dní vopred sa príležitostne objavujú tzv. prodromálne príznaky : zvýšená únavnosť, zvýšený neklud, dráždivosť, nesústredenosť, zaujatosť, neprimerané výbuchy zlosti, bolesti hlavy a pod.
- niekoľko sekúnd pred záchvatom sa často dostavuje AURA (= úvodné štádium záchvatu), ktorá môže mať rôzne formy : motorická, senzitivná, senzorická, vegetatívna, psychická a pod. Deti väčšinou auru nemávajú, môžu sa prejavovať hlavne zvýšenou dráždivosťou a nedisciplinovanosťou – t.č. sú výchovne difícilné.
- TONICKÁ FÁZA – náhla strata vedomia a pád, často sprevádzané výkrikom. Svalstvo je napäté, dochádza k zastaveniu dychu, poklesu TK a spomaleniu srdcového tepu.
- po niekoľkých sekundách sa dostaví KLONICKÁ FÁZA – krátke, ale mocné a rytmické záškľby svalstva, môže dôjsť k uvoľneniu moču či stolice. Spravidla to netrvá dlhšie ako 1/2 – 3 minúty, môže ale aj omnoho dlhšie.
- POSTPAROXYSMÁLNA FÁZA – záškľby ustanú a dostaví sa väčšinou silnejšie chrápavé

- dýchanie, pulz sa zrýchľuje, farba kože opäť sčervená, pretrváva ale bezvedomie.
- vedomie sa navracia rôznymi spôsobmi – po kratších záchvatoch je dieťa obyčajne skoro schopné pokračovať v predošlej činnosti, po dlhších záchvatoch nasleduje kóma alebo hlboký spánok
 - po záchvate sa niekedy dostávajú ťažké bolesti hlavy, celková slabosť, porucha koordinácie, zvýšená dráždivosť, výrazný neklud, poruchy správania i poruchy reči expresívneho charakteru - zmeny môžu trvať niekoľko minút, hodín ale aj dní.
 - série veľkých záchvatov, ktoré sa v krátkych intervaloch dlhšiu dobu opakujú a v ich priebehu chorý neprichádza k vedomiu sa označujú ako STATUS EPILEPTICUS = epileptický stav. Po ňom bývajú často pozorované prechodné alebo trvalé následky. Ako relatívne časté sú niekedy uvádzané i poruchy osobnosti a intelektu.

2. PETIT MAL (PM) – môže mať 3 rôzne formy (tzv. triáda) :

- PROPULZÍVNE PM – saalamové krče, bleskové krče, kývavé krče – vyskytujú sa najčastejšie v kojeneckom a batolacom veku, príčinou bývajú väčšinou ťažké prenatálne a perinatálne poškodenia mozgu.
- ABSENCIE – takmer výlučne v detskom veku, môžu byť v značnom počte. Trvajú spravidla niekoľko sekúnd až 1/2 minúty. Prejavujú sa krátkou stratou vedomia. Chorý si na záchvat nespomína, krátku stratu pamäte nespozoruje väčšinou „automaticky“ pokračuje v činnosti. Zriedka pri nich dochádza k ľahkému záklonu hlavy smerom dozadu, veľmi zriedka sú sprevádzané pomočením sa.
- IMPULZÍVNE PM – objavujú sa spravidla medzi 10. – 20. rokom. Väčšinou sa dostávajú ráno.

Ide o jednotlivé alebo opakované krátke, ale väčšinou silné záškľby svalstva na rukách a pažiach. Chorý spravidla nestráca vedomie. Pri diagnostike môže dôjsť k zámene s neurózou.

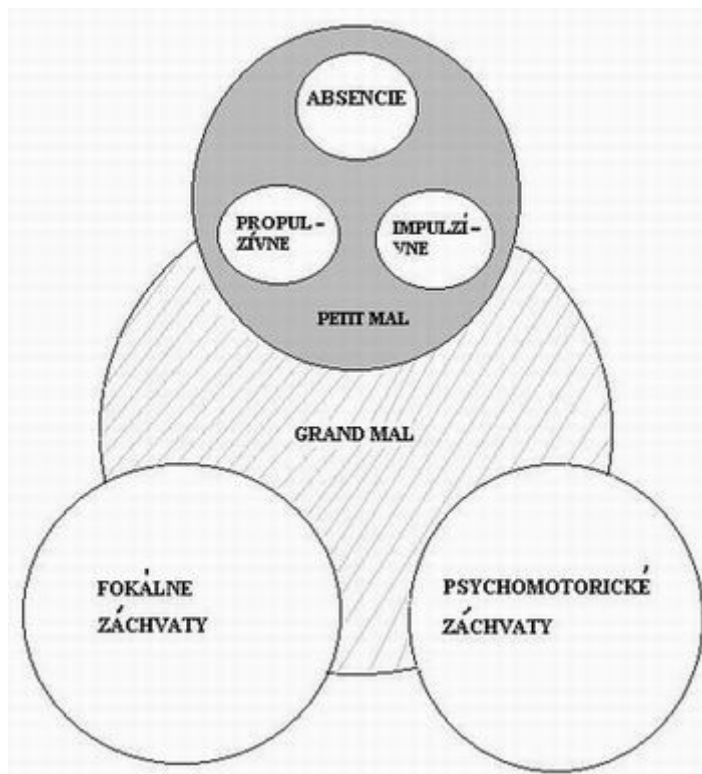
3. PSYCHOMOTORICKÉ ZÁCHVATY

- vedomie je zastreté, chorý má dojem neskutočnosti, odcudzenia, strachu, ohrozenia, ale aj šťastia. Môžu sa objaviť i optické a akustické halucinácie. Motorické prejavy siahajú od automatizmov v oblasti okolo úst (žuvanie, mľaskavé a prehltavé pohyby), cez komplexné fragmenty jednania (behanie, zapínanie, utieranie), až k tým, ktoré majú charakter záchvatovej nezmyselnosti. Niekedy môžu byť sprevádzané aj hlasnými prejavmi ako bzučanie, slová, smiech a krik. Prejavy môžu ľahko viesť k zámene s nevhodným správaním.

4. FOKÁLNE ZÁCHVATY (LOŽISKOVÉ, JACKSONOVE)

- podľa lokalizácie mozgového ložiska sa môžu prejavovať rôznym spôsobom (v oblasti motorickej, senzitívnej atď.). Raz dochádza k izolovaným krčom na obmedzenej časti tela a bez straty vedomia, inokedy sa môžu rozšíriť na celé telo a viesť k bezvedomiu.

Schematické znázornenie typov epileptických záchvatov :



VÝVIN DETÍ S EPILEPSIOU

V kojeneckom veku (do 1 roku) väčšinou rodičia ešte neberú ochorenie svojho dieťa dostatočne vážne. Eventuálne odchýlky vo vývine či jeho oneskorovanie prehliadajú, alebo ho pokladajú za prechodný jav, ktorý sa ustáli, keď záchvaty ustúpia. Utešujú sa a chytajú sa každého, aj čo najmenšieho pozitívneho prejavu dieťaťa. Táto tzv. „slepota“ pre reálny stav plní funkciu obranného mechanizmu pre rodičov i pre dieťa – rodičia sa do svojho údelu mať choré eventuálne postihnuté dieťa vžívajú len pozvoľna a dieťaťu sa v najkritickejšom období života dostáva potrebnej pomoci a starostlivosti (pôsobeniu rodičovského sklamania a beznádeji bude vystavené až v neskoršom veku, keď už bude odolnejšie).

Od obdobia batolaťa (2. – 3. rok) sa u rodičov začínajú objavovať pochybnosti, či sa oneskorovanie vývinu ich dieťaťa v neskorších rokoch vyrovná, alebo či majú počítať s trvalým poškodením. Niektorým sa dlhšiu dobu darí týmto otázkam vyhýbať a s nádejou neúnavne znovu a znovu precvičovať zaostávajúce schopnosti dieťaťa. Čím neskôr však jasne spoznajú obmedzenia jeho vývinových možností, tým viac narastá nebezpečenstvo ich sklamania, ktoré môže vyústiť do viac či menej vedomého odmietania.

Môžu sa objaviť aj zmeny osobnosti dieťaťa podmienené organickým poškodením mozgu – najmä rôzne konflikty s okolím, motorický nekľud a pod. Dieťa je výchovnými opatreniami len ťažko ovplyvniteľné, zvýšená prísnosť vyvoláva nepokoj a negatívne prejavy správania. Čím je dieťa staršie, tým viac jeho neovládateľnosť pôsobí na okolie rušivejšie. Tieto prejavy sa stávajú očividnejšími pri pokusoch zaradiť dieťa do kolektívu zdravých rovesníkov (napr. v predškolskom zariadení).

V školskom veku, ktorý je charakterizovaný zvyšujúcimi sa požiadavkami na výkonnosť a socializačné schopnosti detí, sa môže vyskytnúť mnoho školských i mimoškolských problémov. Nedostatky, ktoré v rodinnom prostredí neboli natoľko vypuklé, alebo ktorých rozsah si rodičia plne neuvedomovali, sa teraz začínajú nemilosrdne odhaľovať a jedného dňa sa rodičia musia zmieriť so skutočnosťou, že ich dieťa v škole nestíha, neprospieva, či má ťažkosti s prispôbením sa okoliu. Dieťa postihnuté epilepsiou často zaujíma medzi ostatnými zvláštne postavenie. Nesmie sa bicyklovať, hrať súťaživé hry, chodiť sa bez dozoru kúpať, šplhať po stromoch a robiť mnoho iných zaujímavých činností, čo ho čiastočne vyraduje z kolektívu. Je tým vystavené i možnému posmechu ostatných detí, prípadne sa v dôsledku možného záchvatu počas hry budú bojácne dištancovať. Dieťa s epilepsiou sa tak zrazu zo strachu z výsmechu a pohŕdania izoluje, až sa stane nepochopeným samotárom, ktorý v dôsledku nahromadeného sklamaní a zatrpknutosti reaguje na sebamenší podnet neadekvátnym výbuchom zlomyseľnosti alebo hrubého správania.

V druhej polovici školského veku začína u detí prebiehať puberta. V tomto období zvlášť precitlivo reagujú tí mladiství, ktorí boli už v minulosti pre svoju chorobu prehladaní a vyčleňovaní z kolektívu. Chcú byť rešpektovaní a tak aj náznak pohŕdania nesú veľmi bolestne, čo im sťažuje sociálnu adaptáciu. U eretických detí sa môže vyostriť ich nedištancované správanie, prelietavosť, poruchy pozornosti a pod. Pomalý a málo iniciatívny mladistvý zase spočiatku reaguje zdanlivo ľahostajne, no jedného dňa môže dôjsť k tomu, že na sebamenší podnet zareaguje neadekvátnym výbuchom takého spôsobu správania, ktoré je s jeho doterajším úplne nezlučiteľné, alebo naopak – rezignuje, utieka sa do sveta svojich neuskutočniteľných prianí, či upadá do depresie s možnými sebevražednými úmyslami.

ÚČINOK LIEKOV NA SPRÁVANIE

Účinok liekov na správanie jednotlivých detí sa dá len veľmi ťažko predvídať. Zatiaľ čo niektoré dieťa reaguje už na relatívne nízke dávky, u iného nemusia mať ani vyššie dávky taký výrazný vedľajší efekt. Niekedy je ťažké odlišiť od seba zmeny vyvolané antiepileptikami od zmien vyvolaných organickým poškodením CNS – jednak preto, že oba tieto činitele vyvolávajú takmer zhodné príznaky, jednak preto, že nie vždy je nám známe správanie sa dieťaťa pred započatím liečby.

- ako najčastejší účinok sa uvádza tzv. HYPNOTICKÝ EFEKT spomalenie psychických procesov, únava a malátnosť, v extrémnych prípadoch spavosť a úplná apatickosť.
- inokedy je to zvýšená výbušnosť, tvrdohlavosť, neústupnosť, niekedy až ničenie predmetov, neklud, napätie, nepozornosť, bojácnosť alebo nedištancovanosť, môžu trpieť nespavosťou
- za pozitívny je možné považovať sedatívny účinok liekov u detí s eretickým typom správania

Tieto charakteristiky správania môžu viesť neskúsených rodičov a pedagógov k mylnému hodnoteniu detí ako lenivých, nedbanlivých, či nedisciplinovaných.

VNÍMANIE A UČEBNÉ TEMPO

U detí s epilepsiou môže dôjsť k poruche vnímania, najmä ak je postihnutá kôrová oblasť mozgu. Veľmi často pozorovaným javom je BRADYPSYCHIZMUS, charakterizovaný pomalosťou vnímania a reprodukcie, táto pomalosť pôsobí dojemom apatie až slabomyseľnosti, najmä ak dieťa musí vykonávať činnosť, o ktorú nemá záujem.

Schopnejší žiaci majú väčšinou rýchlejšie učebné tempo, slabší sú omnoho pomalší. Táto skutočnosť vyžaduje rozšírenie alebo zúženie učebnej látky a prispôbenie výukového tempa ich individualite. Ak poklesne výukové tempo pod optimálnu hranicu, žiaci nie sú schopní dávať pozor, začnú sa nudiť a ich správanie sa môže stať zdrojom ťažkostí. Naopak snažiť sa o zrýchlenie pracovného postupu s vynaložením neúmerného pedagogického úsilia a rýchlej únavy na strane detí nie je efektívne a odporuje zásadám mentálnej hygieny.

POZORNOSŤ

Pozornosť detí s epilepsiou je vždy podstatne ovplyvňovaná zdravotným stavom, záujmom a faktormi prostredia. Schopnosť intenzívnej koncentrácie pozornosti závisí tiež na povahe útlmového kôrového procesu – úvodná reakcia podráždenia býva vystriedaná útlmom (malátnosť, spavosť, nechť ku kontaktu s okolím). Charakteristická je tiež inertnosť, ul'pievavosť, neschopnosť prevádzať pozornosť z jedného predmetu na druhý a neschopnosť koncentrovať sa dlhšiu dobu. Schopnejšie deti môžu sledovať vyučovanie so sústredenou pozornosťou 20 – 25 minút, ich záujem je v prípade obľúbených predmetov či tém intenzívnejší, no pri predmetoch, ktoré ich nebavia sa zvyšujú aj ťažkosti s koncentráciou. Menej schopné deti sa sústreďia asi 10 – 15 minút, ich záujem je síce širší, ale často ul'pievajú na podružných podnetoch.

Úlohou pedagóga je predovšetkým podchytiť labilnú pozornosť týchto detí. Pri päťhodinovom vyučovaní nemajú predovšetkým z prvej a poslednej vyučovacej hodiny takmer žiadny úžitok – ráno môžu byť po nočných záchvatoch malátni a ospalí, na posledných hodinách už ich pracovná krivka dosahuje najhlbší bod.

PAMÄŤ

Pamäťové výkony žiakov s epilepsiou bývajú nevyrovnané, čoho príčinou je samotný záchvatový charakter ochorenia. Zvýšená dráždivosť, psychomotorická instabilita, poruchy pozornosti, nezáujem a prípadný výskyt absencií narúšajú proces vštepovania, čo vedie k nepresným znalostiam, na základe ktorých dieťa len ťažko môže tvoriť presné úsudky, dedukcie a primerané asociácie. Predstavy sa stávajú nepresnými a neumožňujú bezchybnú reprodukciu zapamätaného materiálu. Spomienky a poznatky sú potom často nahradzované konfabuláciami napriek tomu, že pamäť ako taká nie je výraznejšie oslabená.

Z pohľadu pamäťových typov je u epileptických detí, rovnako ako u zdravých najlepšia vecná pamäť. Väčšina epileptikov je vnímavejšia k optickým vnemom ako intaktná populácia. Pamäť na čísla a abstraktná pamäť sú o poznanie slabšie. Najslabšia je schopnosť vybavovania si cudzích a neznámych slov, ale zapamätanie si slov so zdôrazneným citovým obsahom.

MYSLENIE, REČ A PÍSMO

Najčastejším problémom je už spomínaný bradypsychizmus, charakterizovaný pomalým vybavovaním si asociačných spojov a viaznutím myšlienkových pochodov. Často pozorujeme, že myslenie viazne pre nedostatok jasného cieľa, pre ľahostajnosť k tomuto cieľu alebo pre súčasnú existenciu niekoľkých, nezriedka protichodných cieľov. V ťažších prípadoch sa to prejavuje tzv. paralogickým myslením. Deti sa dopúšťajú rôznych logických nesprávností, nechávajú myšlienky nedomyslené, bez dôvodu odbiehajú, prípadne menia tému rozhovoru. Pôsobí to dojmom roztržitosti, až nespojitosti a nesúvislosti myslenia.

To isté platí aj o reči epileptických detí. V niektorých prípadoch ale dieťa má určitú myšlienku sformulovanú vo svojej „vnútornej reči“, ale nedokáže alebo nemôže pre ňu nájsť adekvátny slovný výraz. Veľmi častým a charakteristickým príznakom najmä u starších detí je strojený, vyumelkovaný a neprirodzený spôsob vyjadrovania – reč je nezvyklá, skôr knižne spisovná.

V písomnom a grafickom prejave sa zvláštnosti objavujú omnoho častejšie, ako v reči. Písmená môžu mať rôzne veľkosti, neobvyklé tvary, stretávame sa s nápadným zdôrazňovaním niektorých slov alebo ich častí, so sklonom k ozdobnosti. Niekedy pozorujeme aj časté opakovanie niektorého písmena v slove, prevracanie sledu písmen, nedokončené a znovu započaté písmená a mazanice – v dôsledku absencií počas písania.

Použitá literatúra:

- Donáth V., Kuchar M., Sýkora P. : Epilepsia. SPN Bratislava 2000.
- Preiss M. a kol. : Klinická neuropsychologie. Grada Publishing Praha 1998.
- Sasín J. : Socializace dětí s epilepsií. SPN Praha 1975