

Α.Τ.Ε.Ι ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ
ΕΠΙΛΗΨΙΑ**



ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ:

ΚΑΡΑΜΠΕΡΗ Π. ΑΔΑΜΑΝΤΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΜΑΝΙΑΤΗΣ ΑΝΤΩΝΗΣ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2007

Αφιερώνεται

Στους γονείς μου , σαν ελάχιστο δείγμα τιμής

για όλα όσα μου έχουν προσφέρει.

και κυρίως γιατί στις δύσκολες στιγμές πάντα ήταν δίπλα μου. . .

Η μεγαλοψυχία και η αγάπη τους αποτέλεσε παράδειγμα

για την ζωή και την έως τώρα πορεία μου.

και

στα επιληπτικά παιδιά,
καθώς και σε όλους όσους μοχθούν
για την ανάδειξη
του νοσηλευτικού έργου.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω :

Τον κύριο Μανιάτη Αντώνη , για την πολύτιμη συμβολή του , στην αποπεράτωση της πτυχιακής μου εργασίας.

Τους καθηγητές μου στο τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ , για τις γνώσεις που μου μετέδωσαν και έφτασα ως εδώ.

Τους γονείς και τα αδέρφια μου για την οικονομική βοήθεια και ψυχική στήριξη κατά την διάρκεια των σπουδών μου.

Το φίλο, νοσηλευτή και συνάδελφο Γεώργιο Βλάχο για την όλη προσπάθεια και βοήθεια που κατέβαλλε στην εκτέλεση της εργασίας μου.

Έναν φίλο ιατρό που με βοήθησε να καταλάβω κάποιους άγνωστους για μένα ιατρικούς όρους και μου έδωσε το ερέθισμα να ασχοληθώ με το θέμα αυτό της παιδικής επιληψίας.

Τέλος ευχαριστώ όλο το προσωπικό, ιατρικό και νοσηλευτικό, της νευρολογικής μονάδας του ιδιωτικού θεραπευτηρίου Πατρών, με επωνυμία ΟΛΥΜΠΙΟΝ, που μου έδωσαν την ευκαιρία να γνωρίσω από κοντά τους μικρούς επιληπτικούς ασθενείς και την εξατομικευμένη σε κάθε περίπτωση νοσηλευτική φροντίδα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Η ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΧΘΕΣ ΚΑΙ ΣΗΜΕΡΑ.....	11
A. Ιστορική αναδρομή της νόσου.....	11
A1. Ελληνική-Ρωμαϊκή εποχή	11
A2. Ιπποκράτης (400 π.Χ.)	11
A3. 2ος αι. μ.Χ.	11
A4. Μεσαίωνας	12
A5. 16ος και 17 ^{ος} αι. μ.Χ.	12
A6. 1770 έως σήμερα	12
B. Επιδημιολογία.....	13
B1. Φύλο	15
B2. Ηλικία	15
B3. Θνησιμότητα.....	15
B4. Παθογένεια	16
B5. Πυρετικοί σπασμοί.....	16
B6. Παράγοντες επικινδυνότητας	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....	19
A. Ορισμός.....	19
B. Παθοφυσιολογία της νόσου.....	19
Γ. Γενετική της επιληψίας.....	20
Γ1. Πρωτοπαθείς γενικευμένες επιληψίες	21
Γ2. Δευτεροπαθείς γενικευμένες επιληψίες.....	21
Γ3. Πυρετικοί σπασμοί	22
Γ4. Εστιακές επιληψίες.....	22
Δ. Μορφές της επιληψίας.....	22
Ε. Αίτια των επιληπτικών κρίσεων.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ	25
A. Διάγνωση και Εργαστηριακός έλεγχος.....	25
A1. ΗΕΓράφημα.....	26
A2. Τρόποι απαγωγής του ΗΕΓραφήματος.....	28
A3. Το φυσιολογικό παιδικό ΗΕΓ.....	29

Β. Θεραπεία των επιληπτικών κρίσεων	30
Γ. Φαρμακολογικός έλεγχος της επιληψίας	31
Δ. Διάρκεια της αντιεπιληπτικής αγωγής στα παιδιά	32
Ε. Διακοπή της αντιεπιληπτικής φαρμακευτικής αγωγής στα παιδιά	33
Ζ. Χειρουργική θεραπεία	34
ΣΤ. Άλλες μέθοδοι θεραπείας	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ ΣΤΟΝ ΨΥΧΙΣΜΟ, ΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

37

Α. Διαπίστωση επιπτώσεων της επιληψίας στη βιοψυχοκοινωνική οντότητα του παιδιού μέσα από μελέτες	37
Β. Η αντίδραση στη διάγνωση	41
Γ. Το παιδί στο σχολείο	42
Δ. Η ζωή του παιδιού στην κοινωνία	43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ.....

45

Α. Γενική εκτίμηση της κατάστασης του παιδιού	45
Β. Προβλήματα που αντιμετωπίζει ο παιδονευρολόγος και νοσηλευτής της νευρολογικής μονάδας	47
Γ. Σκοποί Νοσηλευτικής Παρέμβασης σε παιδί με επιληψία	49
Δ. Εφαρμογή Νοσηλευτικής Παρέμβασης	50
Ε. Νοσηλευτική Παρέμβαση στις διαγνωστικές εξετάσεις	56
Ε1. Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα	56
Ε2. Αξονική Τομογραφία	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

58

Α. Περιγραφή πρώτου περιστατικού	58
Α1. Ιστορικό της νόσου	58
Α2. Εργαστηριακές εξετάσεις	59

Νοσηλευτική Φροντίδα σε παιδιά με επιληψία.

A3. Φαρμακευτική αγωγή.....	59
A4. Πορεία νόσου.....	59
A5. Οδηγίες για μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.....	60
B. Περιγραφή δεύτερου περιστατικού.....	61
B1. Ιστορικό της νόσου.....	61
B2. Εργαστηριακές εξετάσεις	62
B3. Φαρμακευτική αγωγή.....	62
B4. Πορεία νόσου.....	62
B5. Οδηγίες για μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.....	62
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	66
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	67
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	69

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Αντι-Ε φάρμακα: αντιεπιληπτικά φάρμακα

ΗΕΓ: ηλεκτροεγκεφαλογράφημα

CT: αξονική τομογραφία

MRI: μαγνητική τομογραφία

ΟΝΠ: οσφρονωτιαία παρακέντηση

Hb: αιμοσφαιρίνη

Ht: αιματοκρίτης

ΚΝΣ: κεντρικό νευρικό σύστημα

ΕΣΥ: εθνικό σύστημα υγείας

ACT.H: φλοιοτρόπος ορμόνη

ΠΟΥ: παγκόσμια οργάνωση υγείας

Ο.Γ.Α.: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

Ι.Κ.Α.: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Τ.Ε.Β.Ε.: Ταμείο Εμπόρων και Βιοτεχνών Ελλάδος

Π.Ε. : Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση,

Τ.Ε. : Τεχνολογική Εκπαίδευση

*Εάν ταις γλώσσαις ανθρώπων λαλώ και των
αγγέλων, αγάπην δε μη έχω, γέγονα χαλκός ή κύμβαλον
αλαλάζον.*

*Και εάν έχω προφητείαν και εδώ τα μυστήρια πάντα
και πάσαν γνώσιν, και εάν έχω πάσαν την πίστην, ώστε όρη
μαθιστάνειν, αγάπην δε μη έχω, ουδέν ειμί...*

Προς Κορινθίους Α', κεφ.ιγ, 2

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Προσέγγιση του φαινομένου της επιληψίας ιδιαίτερα των ανηλίκων

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία με θέμα «Νοσηλευτική φροντίδα σε παιδιά με επιληψία» επιχειρείται η παρουσίαση ενός θέματος με ιδιαίτερη σημασία, τόσο για τη φύση αυτής της ασθένειας, όσο και για το ότι αφορά στο να δείξει την φροντίδα που προσφέρουν αλλά και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές, σε έναν ιδιαίτερης προσοχής και αντιμετώπισης πληθυσμό, τα ανήλικα παιδιά. Θα μπορούσαμε λοιπόν να πούμε ότι σκοπός της εργασίας μας είναι να δούμε, αν πραγματικά υπάρχει νοσηλευτική φροντίδα, στους ανήλικους, εξειδικευμένη αλλά και προσαρμοσμένη στις απαιτήσεις της φύσης της ασθένειας.

Η επιληψία είναι μια ασθένεια που συνοδεύει τον άνθρωπο από την αρχή της γένεσής του μέχρι σήμερα. Οι Αρχαίοι Έλληνες, θεωρούσαν τα άτομα που έπασχαν από αυτήν «δαιμονισμένα» και ο λόγος για αυτήν την αντίληψη είναι οι επιληπτικές κρίσεις, που προκαλούν σε ορισμένες περιπτώσεις ανεξέλεγκτους σπασμούς και ρίχνουν το άτομο στο έδαφος. Στην διάρκεια μιας επιληπτικής κρίσης, μερικοί χάνουν τις αισθήσεις τους, τον έλεγχο των μυών τους, άλλοι της σκέψης, ανάλογα με την μορφή της επιληψίας από την οποία πάσχουν. Η επιληψία είναι ένα μεγάλο γκρούπ ασθενειών, το οποίο έχει πολύ διαφορετικές αιτιολογίες και ο κάθε ασθενής αποτελεί ξεχωριστή περίπτωση.

Όταν λοιπόν μιλάμε για ξεχωριστή περίπτωση, σίγουρα τα παιδιά κατέχουν την πρώτη θέση. δεδομένου ότι απαιτούν ειδική μεταχείριση και φροντίδα, πόσο μάλλον όταν πάσχουν από αυτήν την ασθένεια, την οποία δεν κατανοούν ούτε αυτά, αλλά ούτε και το περιβάλλον τους, μερικές φορές. Όταν εισαχθούν σε νοσοκομείο, επειδή παρουσίασαν κάποια κρίση, οι πρώτοι άνθρωποι που θα έρθουν σε επαφή μαζί τους είναι οι νοσηλευτές. Η φροντίδα και η περιποίηση που θα δεχτούν από αυτούς, καθώς και οι συμβουλές και η συμπαράσταση προς τους γονείς είναι τόσο σημαντική, αφού караδοκεί η αμάθεια και η προκατάληψη που αφορά αυτήν την ασθένεια και δημιουργεί αρκετά προβλήματα, ακόμα και στις σχέσεις της οικογένειας.

Οι πληροφορίες που χρησιμοποιήθηκαν στο παρόν εγχείρημα, περιέχουν κάποια στοιχεία προσωπικής παρακολούθησης σε κάποιες περιπτώσεις παιδιών με επιληψία, συζητήσεις με νοσηλευτές, παιδιάτρους καθώς και στοιχεία από βιβλία και το διαδίκτυο.

Η παρούσα πτυχιακή χωρίζεται σε έξι κεφάλαια. Στο πρώτο γίνεται ιστορική αναδρομή της ασθένειας από την Ελληνική-Ρωμαϊκή εποχή έως και σήμερα. Επίσης γίνεται αναφορά στην επιδημιολογία της επιληψίας και ειδικότερα στους παράγοντες που ευθύνονται για την εκδήλωσή της.

Στο δεύτερο επεξηγούνται διάφορες έννοιες και γίνεται μια αναφορά στην γενική εικόνα της ασθένειας. Ειδικότερα εξετάζουμε την παθοφυσιολογία της νόσου, την γενετική της, τις διάφορες μορφές της επιληψίας, καθώς και τα αίτια που προκαλούν τις επιληπτικές κρίσεις και κατ' επέκταση τους σπασμούς.

Στο τρίτο κεφάλαιο δίνονται στοιχεία που αφορούν την διάγνωση της επιληψίας σε παιδιά, και περιγράφεται ο τρόπος με τον οποίο γίνεται ο εργαστηριακός έλεγχος. Επίσης περιλαμβάνονται πληροφορίες για την θεραπεία της επιληψίας, τον φαρμακολογικό έλεγχο, την διάρκεια και διακοπή της αντιεπιληπτικής φαρμακευτικής αγωγής στα παιδιά, την χειρουργική θεραπεία, καθώς και οι άλλες μέθοδοι θεραπείας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται μια προσπάθεια παρουσίασης των επιπτώσεων της επιληψίας στον κόσμο του παιδιού. Ειδικότερα εξηγείται το εάν διαπιστώνονται μέσα από διάφορες μελέτες επιπτώσεις στον ψυχισμό, την νοημοσύνη και την βιοψυχοκοινωνική οντότητα του παιδιού. Γίνεται αναφορά στην αντίδραση που έχει το παιδί όταν γίνει η διάγνωση και καταλάβει (όσο γίνεται), ανάλογα με την ηλικία του από τι πάσχει. Ακόμα εξετάζουμε την ζωή του παιδιού στο σχολείο και την κοινωνία, ως προς την καθημερινότητά του.

Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην φροντίδα που προσφέρουν οι νοσηλευτές της νευρολογικής ή παθολογικής μονάδας. Για να είμαστε πιο συγκεκριμένοι, αναφέρεται το πως γίνεται η γενική εκτίμηση της κατάστασης που βρίσκεται το παιδί, κάποια από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές και ιατροί, ποιοί είναι οι αντικεμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής παρέμβασης στην νόσο αυτή και πως εφαρμόζονται στην πράξη, καθώς επίσης και ο ρόλος της νοσηλευτικής παρέμβασης.

Στο τελευταίο κεφάλαιο περιγράφονται κάποιες περιπτώσεις παιδιών με επιληψία τα οποία εισήχθησαν σε ιδιωτική κλινική της Πάτρας (στο ιδιωτικό θεραπευτήριο ΟΛΥΜΠΙΟΝ¹) και βοήθησαν στο να δούμε το ρόλο της νοσηλευτικής φροντίδας μέσα από αυτά.

¹ Η ιδιωτική αυτή κλινική-θεραπευτήριο, βρίσκεται στα Συχαϊνά Πατρών και δημιουργήθηκε από ομάδα ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων με σκοπό να προσφέρει εξειδικευμένη φροντίδα και νοσηλεία σε κάθε ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Η ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΧΘΕΣ ΚΑΙ ΣΗΜΕΡΑ

A. Ιστορική αναδρομή της νόσου

Η επιληψία είναι μια από τις λίγες νόσους που είναι τόσο γνωστή από την αρχαιότητα. Καμία άλλη νόσος δεν έγινε αφορμή να ασχοληθούν τόσοι πολλοί επιστήμονες².

Γυρίζοντας πίσω στους αιώνες ο πρώτος που ασχολήθηκε ήταν ο βασιλιάς της Βαβυλώνας (17ος αι. π.Χ.) Χαμουραμί. Στον κώδικά του περιγράφονται με ακρίβεια τα συμπτώματα της νόσου καθώς επίσης και η κοινωνική αποκατάσταση του επιληπτικού ατόμου. Στο ίδιο κείμενο αναφέρεται ότι ο πολίτης έχει το δικαίωμα να επιστρέψει το σκλάβο που αγόρασε, αν ο τελευταίος προσβληθεί από επιληψία μέσα σε διάστημα ενός μήνα³.

A1. Ελληνική-Ρωμαϊκή εποχή

Η επιληψία αναφέρεται ως «ιερά νόσος». Ο Πλάτωνας γράφει ότι υπάρχει μια διαταραχή στο κεφάλι που οφείλεται σε θεϊκή δύναμη. Επίσης πίστευαν ότι η νόσος στάλθηκε από τους θεούς ή ότι κάποιος δαίμονας κατέλαβε τον ασθενή ή ότι προσβάλλονται από αυτήν άτομα που αμάρτησαν ενώπιον του θεού της Σελήνης. Στην κατεύθυνση αυτή κινήθηκαν και οι σκέψεις για θεραπεία, αφού πίστευαν σε κάποια θεϊκή αρρώστια που οφειλόταν σε ανώτερη δύναμη και εντοπιζόνταν στον εγκέφαλο του ασθενή⁴.

A2. Ιπποκράτης (400 π.Χ.)

Ο Ιπποκράτης(460-377 π.Χ.)ο μεγαλύτερος ιατρός ης αρχαιότητας, απέρριψε τον όρο «ιερά νόσος» και τον απέδωσε στην αμάθεια της εποχής. Πίστευε ότι τα αίτια της βρίσκονται στον εγκέφαλο και ότι είναι κληρονομική⁵.

A3. 2ος αι. μ.Χ.

Ο Γαληνός διαχώρισε τις επιληψίες σε ιδιοπαθείς και συμπαθητικές. Οι

² Παντελιάδης Χ. Σπασμοί και επιληψίες της παιδικής ηλικίας, έκδοση 2^η, εκδόσεις Γιαχουλή-Παχουλή, Θεσσαλονίκη 1987, σελ.15

³ Παντελιάδης Χ. Σπασμοί...ό.π. σελ 17

⁴ Στο ίδιο σελ. 18

⁵ Στο ίδιο σελ 22

ιδιοπαθείς είχαν σχέση με τον εγκέφαλο, ενώ οι συμπαθητικές ήταν εξωεγκεφαλικές δηλαδή προέρχονταν από το στομάχι ή από άλλα σωματικά ερεθίσματα⁶.

A4. Μεσαίωνας

Η θεραπεία της επιληψίας στο Μεσαίωνα γινόταν με συμβατικά μαγικά και θρησκευτικά μέσα. Τα συμβατικά μέτρα θεραπείας ήταν η διαίτα και τα φάρμακα. Τα μαγικά: οι διάφορες φάσεις του φεγγαριού, η χρήση του ανθρώπινου αίματος και τα θρησκευτικά: η προσευχή και η νηστεία⁷.

A5. 16ος και 17^{ος} αι. μ.Χ.

Συγγραφείς ιατρικών κειμένων χρησιμοποιούν απαρχαιωμένα σχήματα θεραπείας χωρίς καμία θεραπευτική εξέλιξη. Παρ' όλα αυτά, ο μεγάλος ιατρός του 16ου αι. μ.Χ. ο Παράκελσος τονίζει ότι η νόσος δεν προέρχεται από πνεύματα αλλά από τη φύση. Στις αρχές του 17ου αι. μ.Χ. ο Taxil σημειώνει την κληρονομικότητα σαν προδιαθεσικό παράγοντα, παρατηρώντας ότι γονείς που παρουσίασαν ένα ή περισσότερα επεισόδια σπασμών στη ζωή τους, τα παιδιά τους παρουσίασαν τα ίδια συμπτώματα.

A6. 1770 έως σήμερα

Εδώ αναφέρονται διάφορες απόψεις-προτάσεις των νεότερων χρόνων⁸:

Το 1770 ο Samuel August Andre David Tissot προτείνει να συμπονούμε τους επιληπτικούς παρά να τους αποφεύγουμε. Διακρίνει επίσης δύο τύπους σπασμών τους «grand access» και τους «petit access».

1854: Ο Delascaune ονομάζει τις επιληψίες με σαφή εγκεφαλική εντόπιση συμπτωματικές, ενώ αυτές χωρίς οργανικό υπόστρωμα Ιδιοπαθείς.

1861: Ο Samuel Wilks άνοιξε την εποχή της αντιεπιληπτικής φαρμακευτικής θεραπείας, με άλατα βρώμιου.

1870: Ο φυσιολόγος Q. Fritsch και ο ψυχίατρος E.Hitzling αποδεικνύουν ότι ο τόπος έναρξης της νόσου είναι ο εγκέφαλος, ύστερα από πειράματα σε εγκέφαλο

⁶ Στο ίδιο σελ 27

⁷ Στο ίδιο σελ 34

⁸ Στο ίδιο σελ 38-37

σκύλου. Ο J. Jackson αποδεικνύει ότι οι σπασμοί εκλύονται από ανώμαλες εκφορτίσεις των νευρικών κυττάρων.

1929: Ο Burger εφάρμοσε την ηλεκτροεγκεφαλογραφία.

1939: Ο R. Jung απέδειξε το «petit mal» λεκτικά.

Από τότε και για αρκετά χρόνια οι απόψεις δίστανται σχετικά με το ποιο μέρος του εγκεφάλου ξεκινά το ερέθισμα και που καταλήγει.

Το 1970 προτάθηκε από το διεθνή σύνδεσμο της επιληψίας μια νέα ταξινόμηση αφενός των επιληπτικών σπασμών και αφετέρου των επιληπιών. Ήδη μερικά χρόνια αργότερα άρχισε η αναθεώρηση κι αυτής της ταξινόμησης.

B. Επιδημιολογία

Παρά το γεγονός ότι η επιληψία είναι τόσο κοινή νόσος γνωστή από γραπτά κείμενα δύομισι χιλιατίες, εξακολουθεί και σήμερα να είναι μείζον ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα. Σ' αυτό συντελούν οι προκαταλήψεις, οι διαφωνίες ως προς την επιστημονική διευκρίνιση και ταξινόμηση, οι πολλαπλές αιτίες, η ποικιλία κρίσεων κ.λ.π.

Για την καλύτερη γνώση της επιληψίας είναι χρήσιμο να γνωρίζει κανείς τις πραγματικές της διαστάσεις, τη συχνότητα με την οποία εμφανίζεται στο συνολικό πληθυσμό, την ιδιαιτερότητα που εμφανίζουν ορισμένες ηλικίες, τη θνητότητα από τη νόσο, γενικά δηλαδή πληροφορίες που έχουν σχέση με την επιδημιολογία της⁹.

Στην επιδημιολογική μελέτη ανακύπτει αμέσως η δυσκολία στο να αποφασίσει κανείς τι θα περιλάβει σ' αυτήν. Αν σαν επιληψία ορίζεται μια ομάδα παθήσεων με κοινό χαρακτηριστικό τις υποτροπές κρίσεων σπασμών, τότε ασθενείς με αφαιρέσεις, αυτοματισμούς και άλλους τύπους κρίσεων χωρίς σπασμούς θα πρέπει να αποκλειστούν. Ένα σοβαρό πρόβλημα ταξινόμησης είναι οι πυρετικοί σπασμοί: μερικοί δεν τους περιλαμβάνουν στις ταξινομήσεις, ενώ είναι γνωστό ότι ένα ποσοστό από αυτούς θα εξελιχθούν σε τυπική επιληψία. Σ' άλλες μελέτες ασθενείς με επιληπτικές κρίσεις, γνωστής αιτιολογίας π.χ. εγκεφαλικοί όγκοι, αλκοολισμός κλπ.

⁹ Σιαμούλης Κ. *Επιληψία-Επιδημιολογία-γενετική αναπαραγωγή*, έκδοση 2^η, εκδόσεις University studio press, Θεσσαλονίκη 1990, σελ 16

δεν περιλαμβάνονται στην ομάδα των επιληψιών.

Αν σ' αυτά προστεθούν και οι δυσκολίες λόγω προκαταλήψεων πασχόντων και συγγενών και ανεπαρκούς τεκμηρίωσης των κρίσεων, γίνεται αντιληπτό πόσο δύσκολο είναι να γίνουν αξιόπιστες επιδημιολογικές έρευνες. Παρά τις δυσκολίες όμως έχουν γίνει πολλές και αξιόλογες μελέτες ώστε να είναι επαρκείς για μια σχεδόν ασφαλή εκτίμηση της κατανομής της επιληψίας στις διάφορες περιοχές της Γης.

Στις διάφορες αυτές μελέτες¹⁰ προσδιορίστηκαν οι βασικές παράμετροι της ετήσιας νοσηρότητας (νέες περιπτώσεις εντός έτους = επίπτωση) και της γενικής νοσηρότητας, (συχρότητα επιληψίας= επιπολασμός) σε μια δεδομένη χρονική στιγμή. Βλέπουμε παρακάτω (σε πίνακες I και II) τους ερευνητές και τα ποσοτικά στοιχεία των αποτελεσμάτων των ερευνών.

Πίνακας I. Συχνότητα επιληψίας σε διάφορους λαούς (επιπολασμός)

Συγγραφείς	Χώρα	Έτος	Νοσηρότητα %
<i>Kurland και συν.</i>	<i>ΗΠΑ</i>	<i>1959</i>	<i>3,7</i>
<i>Lassel και συν.</i>	<i>Γκονάμ</i>	<i>1962</i>	<i>3,0</i>
<i>Pond και συν.</i>	<i>Αγγλία</i>	<i>1960</i>	<i>6,2</i>
<i>Brewis και συν.</i>	<i>Αγγλία</i>	<i>1966</i>	<i>5,5</i>
<i>Leibowitz- Alter</i>	<i>Ισραήλ</i>	<i>1968</i>	<i>4,1</i>
<i>Krohn</i>	<i>Νορβηγία</i>	<i>1961</i>	<i>2,3</i>
<i>Gudmundsson</i>	<i>Ισλανδία</i>	<i>1966</i>	<i>3,6</i>
<i>Beussart κα Ισνν.</i>	<i>Γαλλία</i>	<i>1980</i>	<i>8,8</i>
<i>Παπούλιας</i>	<i>Ελλάδα</i>	<i>1973</i>	<i>2,3</i>
<i>Gomez</i>	<i>Κολομβία</i>	<i>1974</i>	<i>19,5</i>
<i>Dada</i>	<i>Λάγκος-Νιγηρία</i>	<i>1979</i>	<i>3,1</i>
<i>Annagers και συν.</i>	<i>Rochester MN ΗΠΑ</i>	<i>1974</i>	<i>6,1</i>

¹⁰ Σταμούλης Κ. *Επιληψία-Επιδημιολογία-γενετική...ο.π.*, σελ 19-22

Πίνακας II. Ετήσια εκδήλωση νέων επιληψιών (επίπτωση)

Συγγραφείς	Χώρα	Περίοδος	Αναλογία σε 100.000
<i>Crombie και συν.</i>	<i>Αγγλία-Ουαλία</i>	<i>1957</i>	<i>63</i>
<i>Pond και συν.</i>	<i>N. A. Αγγλία</i>	<i>1955</i>	<i>70</i>
<i>Brewis και συν</i>	<i>Αγγλία</i>	<i>1955</i>	<i>28</i>
<i>Gudmundsson</i>	<i>Ισλανδία</i>	<i>1959</i>	<i>33</i>
<i>Juul- Janseon, Ipsen</i>	<i>Δανία</i>	<i>1960</i>	<i>30</i>
<i>Grudzinska</i>	<i>Πολωνία</i>	<i>1966</i>	<i>22</i>
<i>Beussart και συν</i>	<i>Γαλλία</i>	<i>1963</i>	<i>43</i>
<i>Chen και συν.</i>	<i>Guam</i>	<i>1960</i>	<i>47</i>
<i>Hauser, Kurland</i>	<i>Rochester MN</i>	<i>1954</i>	<i>54</i>
<i>Annagers και συν.</i>	<i>Rochester MN</i>	<i>1965</i>	<i>33</i>

B1. Φύλο

Στις μελέτες των Kurland, Crombie, Krohn, Leibowitz και Alter¹¹ υπάρχει μια ελαφρά υπεροχή των ανδρών έναντι των γυναικών. Το φαινόμενο αυτό δεν έχει διευκρινιστεί επαρκώς θα μπορούσε ίσως να ερμηνευτεί από το ότι ο γυναικείος πληθυσμός τείνει να αποκρύψει την νόσο ή ότι οι άνδρες υπόκεινται πιο εύκολα σε κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.

B2. Ηλικία

Υπάρχει μια συρροή περιστατικών που εκδηλώνεται στις πρώτες και τελευταίες δεκαετίες της ζωής, ώστε η παραστατική καμπύλη της επιληψίας σε σχέση με την ηλικία εκδήλωσης να έχει σχήμα ύψιλον, δηλαδή μια μεγάλη αύξηση συχνότητας στην παιδική και εφηβική ηλικία και στις τελευταίες δεκαετίες της ζωής. Στην πρώτη ομάδα επικρατεί η πρωτοπαθής μορφή επιληψίας, ενώ στη δεύτερη οι δευτεροπαθείς και συμπτωματικές¹².

B3. Θνησιμότητα

Είναι πολύ δύσκολο να έχουμε στοιχεία θνησιμότητας από την επιληψία, λόγω του ότι δεν αναγράφεται σαν κύρια αιτία θανάτου παρά μόνο όταν πρόκειται για

¹¹ Σιαμούλης Κ. *Επιληψία... ό.π. σελ 24*

¹² Στο ίδιο σελ 25

θάνατο από Status Epilepticus.

Στην Ελλάδα από στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας για την αιτία θανάτου σ' όλα τα νοσοκομεία της χώρας, οι θάνατοι από επιληψία ανέρχονται στο 0,6 ανά 100.000 κατοίκους ανά έτος¹³.

B4. Παθογένεια

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι στο 70% έως 80% των περιπτώσεων δεν υπάρχει μια προφανής πάθηση του νευρικού συστήματος και οι περιπτώσεις αυτές χαρακτηρίζονται ως πρωτοπαθής ή ιδιοπαθής επιληψία¹⁴. Το υπόλοιπο 20-30% συσχετίζεται με τραυματισμό κεφαλής, φλεγμονή του ΚΝΣ, όγκους, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια ή συγγενή νευρολογικά νοσήματα τα οποία επιπρόσθετα παρουσιάζουν εγκεφαλική παράλυση ή νοητική καθυστέρηση και χαρακτηρίζονται ως δευτεροπαθής επιληψία. Μια κατηγορία δευτεροπαθούς επιληψίας, είναι η συμπτωματική επιληψία, η οποία εκδηλώνεται και σχετίζεται με οξεία λειτουργική ή συστηματική διαταραχή στο ΚΝΣ (π.χ. τραυματισμό κεφαλής, φλεγμονή, αγγειακή εγκεφαλική νόσο), ή με οξεία μεταβολική διαταραχή (π.χ. υπογλυκαιμία, ηλεκτρολυτική διαταραχή, απότομη διακοπή αλκοόλης). Όταν η επιληψία περιορίζεται μόνο στη διάρκεια του οξέος επεισοδίου σαν σύμπτωμα, θεωρείται συμπτωματική κρίση και δεν ταξινομείται στις επιληψίες. Η δευτεροπαθής επιληψία έχει μια υποκείμενη αιτιολογία (π.χ. εγκεφαλικός όγκος, τραύμα, αγγειακή νόσος) με υποτροπές των κρίσεων μετά την ανάνηψη από το κυρίως νόσημα. Εδώ όμως θα πρέπει να σημειώσουμε, προς άρση των παρεξηγήσεων, ότι η διεθνής ταξινόμηση του 1985 χρησιμοποιεί τον όρο «συμπτωματική» σαν ισοδύναμο του «δευτεροπαθής¹⁵».

B5. Πυρεπτικοί σπασμοί

Όπως και στην επιληψία υπάρχει μια υπεροχή στα αγόρια, όπως προκύπτει από μελέτες. Όμως δεν μπορούμε να ξέρουμε αν έχουν μερίδιο ευθύνης για την εκδήλωση επιληπτικών επεισοδίων. Θα προσπαθήσουμε παρακάτω να εξηγήσουμε τι πραγματικά συμβαίνει.

¹³ Στο ίδιο σελ 30

¹⁴ Παπαγεωργίου Ε, Νευρολογία, έκδοση 2^η, εκδόσεις Αργύρου Ν, Αθήνα, σελ 53

¹⁵ Παπαγεωργίου Ε, Νευρολογία, ό.π. σελ 61

Β6. Παράγοντες επικινδυνότητας

Πολλοί είναι οι αιτιολογικοί παράγοντες που οδηγούν σε επιληπτικές κρίσεις. Σύμφωνα με τα μέχρι σήμερα δεδομένα στην εκδήλωση των επιληπτικών κρίσεων συμμετέχουν εξωγενείς βλαπτικοί παράγοντες και ενδογενή προδιαθεσιακά αίτια. Σαν εξωγενή θεωρούνται όλα εκείνα που μπορούν να βλάψουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου, όπως π.χ. προ-περί-μεταγεννητικά αίτια. Ακόμη και επίκτητες εγκεφαλοοργανικές βλάβες παίζουν σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση της αρρώστιας. Αν συνυπάρχουν και ενδογενείς προδιαθεσιακοί παράγοντες, είτε κάποιος από τους παρακάτω, τότε η εκδήλωση μιας επιληψίας γίνεται πιο εύκολα.

1. Τραυματισμός κεφαλής

Τα τραύματα της κεφαλής έχουν θεωρηθεί από παλιά σαν αιτία για την εμφάνιση επιληψίας. Υπεύθυνες μελέτες έγιναν μετά τον Α' Παγκόσμιο πόλεμο και έδωσαν πολύ ενδιαφέρουσες πληροφορίες. Σε μια από τις μελέτες αυτές¹⁶ με προσδοκώμενο αριθμό κρίσεων 14 στο μέσο πληθυσμό παρατηρήθηκαν 51 κρίσεις στον πληθυσμό με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, δηλαδή 3,6 φορές περισσότερο.

Σε πενταετή περίοδο παρακολούθησης και στην ομάδα βαριών εγκεφαλικών κακώσεων στα παιδιά εμφανίστηκε επιληψία 7,4% ενώ στους ενήλικες 11,6%. Στο συνολικό αριθμό επιληψιών μόνο 4% σχετίζονται με τραυματισμούς κεφαλής.

2. Πυρετικοί σπασμοί

Εάν οι πυρετικοί σπασμοί είναι επιπλεγμένοι, δηλαδή συνυπάρχουν με κάποια ακόμη ασθένεια, ο κίνδυνος εκδήλωσης μιας επιληψίας στο μέλλον είναι εξαπλάσιος από τον κίνδυνο των απλών πυρετικών σπασμών. Ακόμα και στα παιδιά με απλούς πυρετικούς σπασμούς ο κίνδυνος εκδήλωσης επιληψίας είναι διπλάσιος απ' ότι στα παιδιά που δεν έπαθαν πυρετικούς σπασμούς. Στη διαρκή μελέτη του Rochester τα ποσοστά είναι 17% για τα παιδιά επιλεγμένου πυρετικού σπασμού και μόνο 2,5% για τους απλούς πυρετικούς σπασμούς¹⁷.

3. Περιγεννητικοί παράγοντες

Οι επιπλοκές της εγκυμοσύνης και του τοκετού έχουν ενοχοποιηθεί κατά το

¹⁶ Πάνου Μ. Παιδιατρική νοσηλευτική, έκδοση 1^η, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1996, σελ 23

¹⁷ Σιαμούλης Κ. Επιληψία...ό.π. σελ 42

παρελθόν σαν μια σοβαρή αιτία επιληψίας, χωρίς όμως να έχει επιβεβαιωθεί από επιδημιολογικές έρευνες. Υποθέτουν οι διάφοροι ερευνητές μια πολυπαραγοντική αιτιολογία της επιληψίας και μια σχέση προγεννητικών και περιγεννητικών παραγόντων επικινδυνότητας, ωστόσο τίποτα δεν αποδεικνύεται ως τώρα με βεβαιότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΠΙΛΗΨΙΑ

A. Ορισμός

Η Επιληψία ή επιληπτικό επεισόδιο, είναι το αποτέλεσμα μιας παροξυσμικής ανεξέλεγκτης εκφορτίσεως των νευρώνων εντός του κεντρικού νευρικού συστήματος. Οι κλινικές εκδηλώσεις κυμαίνονται από μια μείζονα κινητική κρίση έως μια βραχεία απώλεια συνειδήσεως¹⁸.

Ως πρόδρομα συμπτώματα, αναφέρονται μεταβολές του θυμικού και της συμπεριφοράς, οι οποίες μπορούν να προηγηθούν του επεισοδίου κατά λίγες ώρες.

Ως αύρα, αναφέρονται τα συμπτώματα τα οποία προηγούνται άμεσα της απώλειας της συνειδήσεως βάσει των οποίων είναι δυνατόν να προσδιορισθεί η περιοχή του κεντρικού νευρικού συστήματος, στην οποία οφείλεται το επεισόδιο.

Ως κρίση, θεωρείται το καθ' εαυτό επιληπτικό επεισόδιο.

Ως μετακριτική περίοδος, θεωρείται το χρονικό διάστημα αμέσως μετά την κρίση, κατά τη διάρκεια του οποίου ο ασθενής δυνατόν να είναι συγχυτικός, αποπροσανατολισμένος και να παρουσιάζει αυτοματοποιημένη συμπεριφορά.

Η στερεοτυπία και η αδυναμία ελέγχου της κρίσεως είναι χαρακτηριστικά της επιληψίας. Παραπάνω αναφέραμε κάποιους χρήσιμους όρους¹⁹ οι οποίοι θα συναντώνται συχνά στην υπόλοιπη εργασία.

B. Παθοφυσιολογία της νόσου

Η επιληπτική δραστηριότητα εκδηλώνεται στα πολύπλοκα νευρωνικά κυκλώματα της φαιάς ουσίας του εγκεφάλου. Η τυποποιημένη και ασύγχρονη δραστηριότητα των νευρώνων του εγκεφαλικού φλοιού, η οποία αποτελεί τη φυσιολογική βάση των εγκεφαλικών απαρτιωτικών λειτουργιών, υποκαθίσταται από μια ανώμαλη και συγχρονισμένη εκφόρτιση νευρωνικών σχηματισμών του φλοιού. Αυτή η παθολογική ηλεκτρική δραστηριότητα των εγκεφαλικών νευρώνων όταν είναι περιορισμένη σε μια μικρή περιοχή της φαιάς ουσίας του εγκεφάλου ονομάζεται επιληπτογόνος εστία. Τέτοιες ασυμπτωματικές εστίες μπορεί στη συνέχεια να

¹⁸ Διαμαντόπουλος Ιωάννης, Χρήσιμοι ιατρικοί όροι, Παγκόσμια οργάνωση υγείας, <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>

¹⁹ Σαββοπούλου Γ. Βασική νοσηλευτική, εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα, 1996, σελ 115

εξαπλωθούν, με φυσιολογικούς μηχανισμούς, σε παρακείμενους φαιούς σχηματισμούς και να εγκαταστήσουν τελικώς μια ευρύτερη λειτουργική διαταραχή προκαλώντας την εμφάνιση εστιακής εγκεφαλικής συμπτωματολογίας. Οι εστίες αυτές μπορεί να επεκταθούν μέσω παθολογικών συνδέσεων σε όλο το ημισφαίριο ή ακόμη και στα δύο ημισφαίρια. Αν δημιουργηθούν οι κατάλληλες συνθήκες μπορεί να επεκταθούν και σε υποφλοιώδεις σχηματισμούς προκαλώντας γενικευμένη εκφόρτιση του εγκεφαλικού φλοιού και των υποφλοιωδών συνδέσεών του.

Έτσι, η μεγάλη ποικιλία κλινικών μορφών των επιληπτικών κρίσεων οφείλεται στην αλληλεπίδραση των εξής παραγόντων: 1. σε εντοπισμένες, συγγενείς ή επίκτητες, αλλοιώσεις της δομής του εγκεφάλου οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα μια τάση για (παθολογικό) συγχρονισμό, 2. σε βιοχημικούς ή μεταβολικούς παράγοντες που δρουν τοπικά ή συστηματικά και οι οποίοι μεταβάλλουν την ουδό εκφόρτισης των νευρώνων του εγκεφάλου, 3. σε παραλλαγές των συνδέσεων μεταξύ φλοιωδών και υποφλοιωδών κυτταρικών σχηματισμών, 4. στο βαθμό ανάπτυξης και εξέλιξης του εγκεφάλου κατά την παιδική ηλικία, την εφηβεία και την ενήλικα ζωή. Οι αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στους παράγοντες αυτούς καθορίζουν το ύψος του ουδού επιληπτικής εκφόρτισης, την ουδό και την ταχύτητα εξάπλωσης της εξάπλωσης από μια επιληπτογόνο εστία, την παρουσία ή μη γενικευμένων σπασμών και την πιθανότητα υποτροπής του επεισοδίου. Οι λειτουργίες τις οποίες επιτελούν, υπό φυσιολογικές συνθήκες, οι περιοχές του εγκεφάλου από τις οποίες ξεκινά και δια των οποίων επεκτείνεται η παθολογική εκφόρτιση, καθορίζουν και τον τύπο των κρίσεων του κάθε ασθενούς²⁰.

Γ. Γενετική της επιληψίας

Το ερώτημα αν η επιληψία είναι κληρονομική αρρώστια απασχολεί συχνά τον παιδίατρο, ιδιαίτερα όταν υπάρχει στην οικογένεια άτομο με επιληψία. Το πρόβλημα της κληρονομικής μεταβίβασης δεν είναι απλό και φαίνεται από το γεγονός ότι δεν πρόκειται για μια μόνο νοσολογική οντότητα, αλλά για πολλές. Στις περισσότερες περιπτώσεις η κληρονομική μεταβίβαση της επιληψίας παραμένει αδιευκρίνιστη. Πολλοί ερευνητές δέχονται ότι η εκδήλωση της αρρώστιας, εκτός από τους γενετικούς

²⁰ Σιαμούλης Κ. *Επιληψία...ό.π. σελ 67*

μηχανισμούς, επηρεάζεται σημαντικά και από περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Ακολουθούν τα συμπεράσματα των ερευνητών σχετικά με την κληρονομική μεταβίβαση της αρρώστιας στις διάφορες μορφές της επιληψίας.

Γ1. Πρωτοπαθείς γενικευμένες επιληψίες

Στην ομάδα αυτή έχουν διαχωριστεί τέσσερις υποομάδες με ιδιαίτερα κλινικά χαρακτηριστικά και γενετικό υπόστρωμα: α) Τυπικές αφαιρέσεις, Βρέθηκε ότι στ' αδέρφια των αρρώστων με τυπικές αφαιρέσεις παρατηρούνται επιληπτικές κρίσεις σε συχνότητα 7-10%, ενώ παθολογικά ΗΕΓ/κα ευρήματα σε ποσοστό 28% των αδερφών. Το ποσοστό αυτό είναι ακόμα υψηλότερο μετά από επανειλημμένες εξετάσεις. Η συχνότητα εμφάνισης σπασμών οποιουδήποτε τύπου στους απογόνους των επιληπτικών φτάνει στο 8-12%, ενώ ο κίνδυνος θεωρείται μεγαλύτερος για παιδιά επιληπτικών μητέρων, β) Στη μυοκλονική-αστατική επιληψία ο κίνδυνος εμφάνισης επιληπτικών κρίσεων στ' αδέρφια των αρρώστων είναι 13-20%, ενώ στο ΗΕΓ παρατηρούνται παθολογικά στοιχεία στο 40%. γ) Στις μυοκλονικές αφαιρέσεις (*petit mal*) υπάρχει σχεδόν πάντοτε γενετική προδιάθεση πολυγονιδιακού τύπου. Κλινικές εκδηλώσεις σπασμών εμφανίζονται στο 4% των αδερφών και στο 5% των απογόνων. Πιο συχνά προσβάλλονται παιδιά επιληπτικών μητέρων, δ) Στην επιληψία τύπου *Grand mal* το ποσοστό της κληρονομικής μεταβίβασης είναι όμοιο με εκείνο των τυπικών αφαιρέσεων και ο κίνδυνος για τους απογόνους αυξάνει όταν ο άρρωστος παντρευτεί άτομο με επιληψία ή κληρονομική προδιάθεση²¹.

Γ2. Δευτεροπαθείς γενικευμένες επιληψίες

Ο ρόλος της κληρονομικής προδιάθεσης σε αυτήν την μορφή επιληψίας παραμένει ασαφής. Η συχνότητα εμφάνισης επιληπτικών κρίσεων σε αδερφούς αρρώστων με δευτεροπαθή επιληψία είναι λίγο υψηλότερη απ' ότι στο γενικό πληθυσμό (1,6%). Ορισμένοι συγγραφείς πιστεύουν ότι υπάρχει κάποια κληρονομική προδιάθεση επιληψίας, αλλά οι κρίσεις εκδηλώνονται μετά την επίδραση κάποιου βλαπτικού παράγοντα. Πρακτικά όμως ο κίνδυνος εμφάνισης επιληπτικών κρίσεων σε στενούς συγγενείς αρρώστων με δευτεροπαθή επιληψία, χωρίς θετικό κληρονομικό

²¹ Παντελιάδης Χ. Σπασμοί...ό.π. σελ 84

ιστορικό, θεωρείται ασήμαντος²².

Γ3. Πυρετικοί σπασμοί

Είναι γνωστό ότι σ' αυτούς υπάρχει οικογενής προδιάθεση και μερικοί πιστεύουν ότι η κληρονομική μεταβίβαση γίνεται με τον αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα, ενώ οι πιο πολλοί πιστεύουν ότι η μεταβίβαση είναι πολυγονιδιακή. Ο Dooose σε μακροχρόνιες μελέτες τέτοιων περιστατικών βρήκε ότι στο 77% υπήρχαν ευρήματα γενετικής προδιάθεσης. Σ' ό, τι αφορά τα ευρήματα του ΗΕΓ δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η κληρονομική μεταβίβαση τόσο των πυρετικών σπασμών όσο και των επιληψιών της πρώτης παιδικής ηλικίας γίνεται πιθανά με τους ίδιους γενετικούς παράγοντες. Η διαφορά βρίσκεται μόνο στον τρόπο με τον οποίο εκφράζονται οι κρίσεις. Προς το παρόν παραμένουν άγνωστοι οι παράγοντες που καθορίζουν τον τρόπο έκφρασης των κρίσεων²³. Δεν χαρακτηρίζονται όμως ως χρόνια κατάσταση γιατί τα παιδάκια έχουν φυσιολογική νοητική κατάσταση και οι σπασμοί τελειώνουν μέχρι την ηλικία των 5-6 χρόνων.

Γ4. Εστιακές επιληψίες

Αρρωστοι με εστιακές κρίσεις και εστιακά ευρήματα στο ΗΕΓ δεν έχουν συνήθως επιβαρυνμένο κληρονομικό ιστορικό. Τα ποσοστά εμφάνισης που δίνονται στις διάφορες μελέτες έχουν μεγάλο εύρος, πράγμα που οφείλεται στις ανομοιογενείς ομάδες μελέτης ή σε λαθεμένη εκτίμηση ετερογενών τύπων σπασμών ή ακόμη σε κακή πληροφόρηση. Σε μια από τις γνωστές μελέτες βρέθηκε συχνότητα 3% στ' αδέρφια παιδιών με εστιακές κρίσεις, ενώ στο φυσιολογικό πληθυσμό η συχνότητα ήταν 2%²⁴.

Δ. Μορφές της επιληψίας

Η ιατρική, βασισμένη σε συγκεκριμένα κριτήρια (αίτιο, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, το μέρος του σώματος που προσβάλλει) χωρίζει την επιληψία σε διάφορες μορφές. Οι οποίες είναι:

Δ1. Γενικευμένοι τονικοκλονικοί σπασμοί (μεγάλη κρίση-Grand mal)

Αφορά ολόκληρο το σώμα και το παιδί εκτός από τους σπασμούς(απότομες,

²² Παντελιάδης Χ. Σπασμοί.. ό.π. σελ 87

²³ Στο ίδιο σελ 96

²⁴ Στο ίδιο σελ 99

επαναλαμβανόμενες, ρυθμικές συσπάσεις όλων των μυών του σώματος) μπορεί να παρουσιάσει και τα ακόλουθα συμπτώματα:

- Απότομο κλάμα
- Απώλεια συνείδησης
- Απώλεια ούρων ή κοπράνων
- Πολλά σάλια από το στόμα
- Ταχυκαρδία

Συνήθως τα παιδιά μετά το τέλος της κρίσης κοιμούνται.

Δ2. Αφαιρέσεις(Petit mal)

Τα παιδιά που παρουσιάζουν αυτού του είδους την επιληψία, ξαφνικά σταματούν αυτό που κάνουν και παρουσιάζουν βλέμμα απλανές και καθηλωμένο (καρφώνουν τα μάτια τους σε συγκεκριμένο σημείο).Κάποιες φορές μπορεί τα μάτια να γυρίσουν προς τα πάνω και να φαίνεται το ασπράδι του ματιού ή να ανοιγοκλείνουν πολύ γρήγορα. Τέτοια επεισόδια μπορεί το παιδί να εμφανίζει μέχρι και 100 την ημέρα. Η συνηθισμένη ηλικία εμφάνισης αυτής της μορφής επιληψίας είναι 5-8 χρονών.

Δ3. Εστιακές κρίσεις

Αυτές είναι αποτέλεσμα υπερβολικής ηλεκτρικής εκφόρτισης, που περιορίζεται σε μια περιοχή του εγκεφάλου. Έτσι το παιδί μπορεί να παρουσιάζει σπασμούς σε ένα μέρος του σώματος (για παράδειγμα δεξί χέρι και πόδι), ή να παρουσιάζει διαταραχές της όρασης, ακοής ή άλλων αισθήσεων. Τα παιδιά αυτά δεν χάνουν τις αισθήσεις τους. Υπάρχει περίπτωση όμως οι σπασμοί αυτοί να γενικευτούν και να ακολουθήσει και απώλεια της συνείδησης. Τότε λέγονται σύνθετοι σπασμοί.

Δ4. Επιληπτικά σύνδρομα

Υπάρχουν επιληπτικές καταστάσεις²⁵ που δεν μπορούν να ταξινομηθούν σε μια από τις πιο πάνω κατηγορίες. Ανάλογα με τα συμπτώματα, την αιτιολογία, τα ηλεκτροεγκεφαλικά ευρήματα κατατάσσονται σε πιο μικρές κατηγορίες. Αυτό γίνεται για λόγους συνεννόησης μεταξύ των γιατρών, για τον καθορισμό κοινής θεραπείας και για να γνωρίζει ο άρρωστος την πρόγνωση της συγκεκριμένης μορφής επιληψίας.

²⁵Παπαγεωργίου Ε, Νευρολογία, ό.π. σελ 76

Ε. Αίτια των επιληπτικών κρίσεων

Από άποψη αιτιολογίας υπάρχουν δύο μεγάλες κατηγορίες επιληπτικών κρίσεων. Την πρώτη κατηγορία συνιστά η λεγόμενη ιδιοπαθής ή κεντροεγκεφαλική επιληψία στην οποία παρά το σχολαστικό εργαστηριακό έλεγχο δεν ανευρίσκεται αιτία. Οι κρίσεις είναι συνήθως γενικευμένες. Η κληρονομικότητα φαίνεται ότι παίζει κάποιο, έστω και αμφιλεγόμενο, ρόλο στην εκδήλωση των κρίσεων της κατηγορίας αυτής. Είναι γνωστή η περίπτωση οικογενειών με ένα μέλος της να πάσχει από γενικευμένη επιληψία και ορισμένα εκ των υπολοίπων να εμφανίζουν ΗΕΓραφικές ανωμαλίες. Άλλωστε υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι οι αφαιρέσεις μεταβιβάζονται κατά τον αυτόσωμο επικρατητικό τύπο. Παρ' όλα αυτά ορισμένες φορές σε περιπτώσεις ιδιοπαθούς επιληψίας ανευρίσκονται, παθολογοανατομικά, μικρές εστίες «γλοιώσεως», απότοκοι ενδεχομένως κακώσεων ή εγκεφαλικών (αλλά και γενικών) λοιμώξεων της παιδικής ηλικίας, οι οποίες δεν έγιναν αντιληπτές ή δεν αξιολογήθηκαν αναλόγως και οι οποίες μάλλον δεν είναι άσχετες προς τις επιληπτικές κρίσεις.

Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τις λεγόμενες δευτεροπαθείς ή συμπτωματικές επιληψίες οι οποίες σχετίζονται κατά κάποιο τρόπο με έναν επίκτητο οργανικό παράγοντα. Οι κρίσεις της κατηγορίας αυτής είναι προφανώς εστιακές, μπορεί όμως να είναι και γενικευμένες, αλλά βεβαίως με εστιακή έναρξη. Φαίνεται ότι ο γενετικός παράγοντας παίζει κάποιο ρόλο, μικρότερο ενδεχομένως, και σε αυτή τη μορφή των επιληψιών, υπόθεση η οποία όμως αμφισβητείται από πολλούς.

Στην Ελλάδα επίσημα στατιστικά δεδομένα που αφορούν στα αίτια της επιληψίας δεν υπάρχουν²⁶.

²⁶ Παπαγεωργίου Ε, Νευρολογία, ό.π. σελ 98

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Α. Διάγνωση και Εργαστηριακός έλεγχος

Ο έλεγχος των κρίσεων, αλλά και η επιλογή του κατάλληλου αντιεπιληπτικού φαρμάκου βασίζονται στην πλήρη και ακριβή περιγραφή των συμπτωμάτων του ασθενούς. Δεδομένου ότι ο θεράπων ιατρός σπάνια βλέπει τον ασθενή σε κρίση, η περιγραφή της συμπεριφοράς του ασθενούς τόσο κατά τη διάρκεια της κρίσης, όσο και κατά το μετακριτικό στάδιο, βασίζεται σε περιγραφές αυτοπτών μαρτύρων και ορισμένες φορές και του ίδιου του ασθενούς, μολονότι οι ασθενείς πολύ σπάνια διατηρούν ανάμνηση, έστω και μερική, των γεγονότων. Επειδή αρκετές φορές δεν είναι εύκολο να καθορίσει κανείς με σιγουριά την επιληπτική φύση μιας κρίσης, πρέπει να έχει υπόψη του τα κατωτέρω διαγνωστικά χαρακτηριστικά²⁷.

1. Αιφνίδια μεταβολή της συμπεριφοράς. Τυπικώς, μια επιληπτική κρίση διακόπτει αιφνιδίως και απρόβλεπτα την φυσιολογική λειτουργία του εγκεφάλου. Μόνο σπάνια οι ασθενείς έχουν κρίσεις που προκαλούνται από συγκεκριμένους εξωτερικούς παράγοντες ή κρίσεις που χαρακτηρίζονται από βραδεία κλιμάκωση των συμπτωμάτων.

2. Στερεοτυπίες. Αν και σχεδόν κάθε είδος ανθρώπινης συμπεριφοράς μπορεί να παραχθεί από μια επιληπτική κρίση, οι επιληπτικές κρίσεις σε ένα συγκεκριμένο ασθενή έχουν μόνο ένα ή ελάχιστα επαναλαμβανόμενα πρότυπα. Η ακολουθία των φαινομένων μπορεί να προβλεφθεί από τη μία προβολή στην άλλη. Ο πονοκέφαλος, τα διάχυτα μυϊκά άλγη, η ελαφρά σύγχυση, η υπνηλία ή ο λήθαργος και ο μωλωπισμός των χειλιών που παρατηρούνται μετά από ένα επεισόδιο του οποίου ο ασθενής δεν διατηρεί ανάμνηση, αποτελούν ισχυρή ένδειξη μιας γενικευμένης τονικοκλονικής κρίσης.

3. Μεταβολή του επιπέδου συνειδήσεως. Η διαταραχή του επιπέδου συνειδήσεως ποικίλλει από ελαφρά σύγχυση μέχρι απώλεια συνειδήσεως και ακολουθείται από μερική ή πλήρη αμνησία του συμβάντος.

²⁷ HARRISON Εσωτερική παθολογία, επιμέλεια – μετάφραση: Θ. Παπαθανασόπουλος, τόμος 37, έκδοση 12^η, εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, σελ 132, Αθήνα 1995

4. Βραχεία διάρκεια. Η διάρκεια της κρίσης σπάνια διαρκεί περισσότερο από 4 ή 5 λεπτά της ώρας. Η μετακριτική περίοδος μπορεί να είναι παρατεταμένη, αλλά έχει το χαρακτήρα της προοδευτικής αποκατάστασης της λειτουργικότητας του ατόμου.

Η λήψη ενός προσεκτικού ιστορικού από τον ασθενή και τους αυτόπτες μάρτυρες της κρίσης είναι στοιχείο απαραίτητο για να τεθεί η διάγνωση. Χωρίς ένα καλό ιστορικό μπορεί να γίνει λάθος τόσο στη διάγνωση, όσο και στον εν γένει χειρισμό του περιστατικού που δεν είναι δυνατόν να διορθωθεί ούτε από τις πιο εξεζητημένες παρακλινικές εξετάσεις.

Από τη στιγμή που υποψιάζεται κανείς μια επιληπτική κρίση ή έχει θέσει τη διάγνωση με κλινικά στοιχεία, προχωρεί στις απαιτούμενες εξετάσεις για να εκτιμήσει τις επιπτώσεις της κρίσης και για να καθορίσει την αγωγή. Οι εξετάσεις που θα ζητήσει ο ιατρός είναι το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και μερικές φορές μπορεί χρειαστεί να γίνει αξονική τομογραφία εγκεφάλου ή μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. Οι εξετάσεις αυτές σκοπό έχουν να απεικονίσουν τον εγκέφαλο και να δει ο ιατρός αν υπάρχει αιτία επιληψίας.

Επίσης αναγκαίος κρίνεται και ο εργαστηριακός έλεγχος. Η επιτακτικότητα και η έκταση του εργαστηριακού ελέγχου²⁸ εξαρτώνται από την κατάσταση του αρρώστου. Σε κάθε περίπτωση η πρώτη επιληπτική κρίση πρέπει να ελέγχεται λεπτομερώς και με μεγάλη προσοχή, καλό είναι δε, ο ασθενής να εισάγεται σε νοσοκομείο, έτσι ώστε ο έλεγχος να είναι πληρέστερος. Κατά την πρώτη εξέταση του ασθενούς πρέπει να γίνεται λεπτομερής έλεγχος για τον αποκλεισμό οργανικής βλάβης του εγκεφάλου, ακόμη και στην περίπτωση που η κρίση είναι γενικευμένη. Δηλαδή πρέπει να εκτελείται μια CT εγκεφάλου, πλήρης μεταβολικός έλεγχος και σε ορισμένες περιπτώσεις ΟΝΠ. Τέλος, πρέπει να συζητηθεί το περιστατικό με τον ασθενή, να συζητηθεί ενδεχόμενη σοβαρότητα του και να δοθεί, εάν χρειάζεται, η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.

A1. ΗΕΓράφημα

Το ΗΕΓράφημα, ανώδυνη και ακίνδυνη εξέταση, ανάμεσα στις παρακλινικές

²⁸ HARRISON *Εσωτερική παθολογία... ο.π. σελ 158*

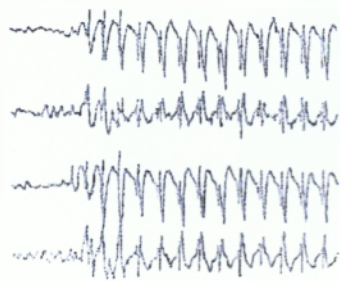
εξετάσεις, κατέχει εξέχουσα θέση στη διάγνωση της επιληψίας, γεγονός που οφείλεται στην ιδιότητά του να καταγράφει την ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου. Οι ΗΕΓραφικές εικόνες που επιβεβαιώνουν την κλινική διάγνωση της επιληψίας είναι οι εκφορτίσεις αιχμηρών στοιχείων ή αιχμών, τα συμπλέγματα αιχμής-κύματος, καθώς και κάθε άλλη παροξυντική ρυθμική δραστηριότητα με ανώμαλο χαρακτήρα ή εντόπιση. Όλα τα ανωτέρω στοιχεία αποτελούν την ΗΕΓραφική έκφραση της παθολογικής υπερσύγχρονης εκφόρτισης των νευρώνων της επιληπτικής εστίας. Επίσης, στο ΗΕΓ μπορεί να καταγραφεί μια μη ειδική εστία βραδέων κυμάτων η οποία δηλώνει την ύπαρξη εστιακής εγκεφαλικής βλάβης, και η οποία ενδεχομένως ευθύνεται για την επιληπτική κρίση. Δεδομένου ότι τόσο τα αιχμηρόμορφα, όσο και τα βραδέα στοιχεία μπορεί να είναι εμφανέστερα αμέσως μετά από μια επιληπτική κρίση, ένα ΗΕΓράφημα αμέσως μετά από την κρίση είναι επιθυμητό. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι ΗΕΓραφικές ανωμαλίες βαίνουν σε αδρές γραμμές παράλληλα προς τη συχνότητα εμφάνισης και τη βαρύτητα των κλινικών εκδηλώσεων. Στην περίπτωση που παρά τις επανειλημμένες επιληπτικές κρίσεις το ΗΕΓράφημα είναι φυσιολογικό, θα πρέπει κανείς να υποπτευθεί κάποια άλλη παθοφυσιολογική οντότητα²⁹.

Ωστόσο θα πρέπει να αναγνωρισθούν και ορισμένες αδυναμίες του ΗΕΓραφήματος. Δεδομένου ότι το ΗΕΓ αποτελεί ένα μικρό χρονικά δείγμα φαινομένων που έχουν σχετικώς βραχεία διάρκεια, ένα και μοναδικό μεσοκριτικό διάγραμμα μπορεί να μην αποκαλύψει μια ενδεχομένως σημαντική ΗΕΓραφική ανωμαλία ενός επιληπτικού ατόμου. Παράλληλα, ένα φυσιολογικό ΗΕΓράφημα δεν αποκλείει τη διάγνωση της επιληψίας. Όμως όταν η διάγνωση της επιληψίας είναι, με κλινικά κριτήρια, αδιαμφισβήτητη η ύπαρξη ειδικών ΗΕΓραφικών ευρημάτων δεν είναι απαραίτητη. Στην περίπτωση αυτή ένα φυσιολογικό ΗΕΓράφημα απλώς μειώνει την πιθανότητα ύπαρξης σοβαρής παθολογίας και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για μελλοντική σύγκριση.

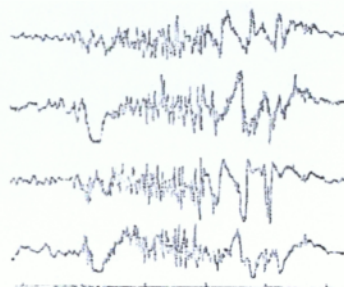
Θα πρέπει να τονιστεί ότι η διάγνωση της επιληψίας είναι κυρίως κλινική. Το ΗΕΓράφημα απλώς επιβεβαιώνει τη διάγνωση. Εάν οι κλινικές πληροφορίες δεν είναι πλήρεις, το ΗΕΓράφημα είναι απαραίτητο. Ωστόσο, η υπερεκτίμηση ΗΕΓραφικών

²⁹ Σαχίνη-Καρδάση Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική-Νοσηλευτικές διαδικασίες, τόμος 1, έκδοση 5^η, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1996, σελ 136

εικόνων ως επιληπτόμορφων πρέπει να αποφεύγεται.



Εικόνα 1. ΗΕΓράφημα



Εικόνα 2. ΗΕΓράφημα

Παραπάνω βλέπουμε δυο εικόνες (εικόνα 1 και 2) από απεικονίσεις ΗΕΓραφημάτων σε ανήλικους. Στην εικόνα 1 βλέπουμε ένα φυσιολογικό ΗΕΓράφημα χωρίς παθολογικά αίτια. Η εικόνα 2 παρουσιάζει ένα ΗΕΓράφημα μετά από επιληπτικό επεισόδιο, το οποίο απεικονίζει αιχμηρόμορφα κύματα και επιβεβαιώνει την ύπαρξη επιληψίας.

A2. Τρόποι απαγωγής του ΗΕΓραφήματος

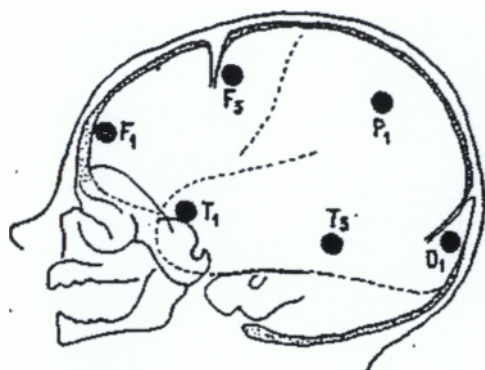
Για την καταγραφή βιοηλεκτρικών δυναμικών του εγκεφάλου χρησιμοποιούμε σήμερα δύο τρόπους: τη μονοπολική και τη διπολική μέθοδο απαγωγής. Κατά τη μονοπολική μέθοδο τοποθετείται το ένα ηλεκτρόδιο πάνω από τον εγκεφαλικό φλοιό και το άλλο σε θέση που να μην επηρεάζεται από τα βιοηλεκτρικά φαινόμενα του εγκεφάλου. Συνήθως προτιμούμε το αυτί (ηλεκτρόδιο αναφοράς). Κατά τη διπολική μέθοδο, τα ηλεκτρόδια τοποθετούνται κατά ζεύγη, πάνω από τον εγκέφαλο.

Το πλεονέκτημα της μονοπολικής σύνδεσης³⁰ είναι ότι εντοπίζονται εύκολα ακόμη και μικρές ασυμμετρίες του διαγράμματος, ενώ το πλεονέκτημα της διπολικής μεθόδου είναι ότι η εντόπιση κάποιας εκτεταμένης βλάβης του εγκεφάλου είναι ακριβής

Ένας άλλος τρόπος απαγωγής είναι ο ονομαζόμενος τοποεκλεκτικός (πηγών)³¹. Εδώ μετρείται η διαφορά δυναμικού μεταξύ ενός «ενεργού» ηλεκτροδίου και της μέσης τιμής δυναμικών των γύρω ηλεκτροδίων.

³⁰ Στο ίδιο σελ 147

³¹ Στο ίδιο σελ 159



Εικόνα 3. Θέσεις που τοποθετούνται τα ηλεκτρόδια του ΗΕΓ στο κρανίο σε παιδιά

Α3. Το φυσιολογικό παιδικό ΗΕΓ

Η γνωμάτευση του παιδικού ΗΕΓ είναι δύσκολη γιατί τα όρια του φυσιολογικού από το παθολογικό ΗΕΓ είναι ασαφή, και καταγράφεται με πολλές παραλλαγές, που είναι ανάλογες με την ηλικία του παιδιού και τα στάδια του ύπνου. Έτσι η αξιολόγηση του είναι δυσκολότερη από το ΗΕΓ των ενηλίκων και απαιτεί μεγάλη πείρα. Ο φυσιολογικός ύπνος, η υπέρπνοια, τα διαλείποντα φωτεινά ερεθίσματα κλπ. μπορούν να αποκαλύψουν λανθάνουσες ανωμαλίες του εγκεφάλου ή τις κυριότερες μορφές επιληψίας.

Είναι πάντως γεγονός ότι τα στάδια εμφάνισης των κυμάτων, είναι περισσότερο θεωρητικά γιατί, ειδικά στην παιδική ηλικία, υπάρχουν πολλές επιδράσεις που αλλοιώνουν τελικά τη μορφή του φυσιολογικού ΗΕΓ. Πρέπει λοιπόν να τονιστεί και πάλι ότι το ΗΕΓ αποτελεί ένα μέρος μόνο της όλης έρευνας των σπασμών, σε συσχέτισμό πάντα με την κλινική εικόνα³².

Αν και οι συστηματικές μεταβολικές διαταραχές εύκολα διαγιγνώσκονται, ο ειδικός εργαστηριακός έλεγχος στην περίπτωση μη εμφανών διαταραχών μπορεί να μεταβάλλει ουσιαστικά τόσο τη διαγνωστική, όσο και την θεραπευτική προσέγγιση του ασθενούς. Έτσι, η επιτυχής θεραπευτική αντιμετώπιση μιας σοβαρής συστηματικής διαταραχής μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα και έλεγχο των κρίσεων, χωρίς να είναι απαραίτητη η χορήγηση αντιεπιληπτικής αγωγής. Αντιστρόφως, εάν οι μεταβολικές διαταραχές δεν διορθώνουν, η προσπάθεια ελέγχου των κρίσεων με φαρμακευτική αγωγή δεν θα είναι αποτελεσματική.

³² Στο ίδιο σελ 195-198

B. Θεραπεία των επιληπτικών κρίσεων

Η έναρξη της θεραπείας σε 80% των περιπτώσεων ανάγεται στην παιδική ηλικία. Ο παιδίατρος λοιπόν είναι αυτός που κατά κύριο λόγο επωμίζεται την ευθύνη της φαρμακευτικής αντιμετώπισης της αρρώστιας, της παρακολούθησης του επιληπτικού παιδιού, του καθορισμού χρόνου θεραπείας, της ηθικής συμπαράστασης και ψυχικής αποκατάστασης του επιληπτικού παιδιού στην κοινωνία.

Κύριος σκοπός της θεραπείας είναι η καταστολή των σπασμών ή τουλάχιστον η ελάττωση της συχνότητας των κρίσεων και η βελτίωση των παθολογικών ευρημάτων του ΗΕΓ. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα με την ορθή χρήση των φαρμάκων είναι διάφορο και εξαρτάται από την μορφή της επιληψίας. Με τη χρήση των νέων αντιεπιληπτικών φαρμάκων επιτυγχάνεται σήμερα καταστολή των σπασμών σε ποσοστό 50%-70% των περιπτώσεων, ελάττωση της συχνότητας ή της έντασης των εκδηλώσεων σε 20%, ενώ 10% περίπου θεωρούνται ανθεκτικές στη θεραπεία μορφές επιληψίας.

Εξαιτίας της χρονιότητας της νόσου η θεραπεία της επιληψίας διαρκεί πολλά χρόνια και σε ορισμένες περιπτώσεις όλη τη ζωή. Έχει δυστυχώς παρατηρηθεί, ότι 10% των αρρώστων διακόπτουν την θεραπεία ή δεν παίρνουν συστηματικά τα φάρμακα. Η αμέλεια αυτή συχνά οδηγεί σε οδυνηρά αποτελέσματα³³

³³ Καζής Α , *Θεραπεία της επιληψίας, έκδοση 1^η*, εκδόσεις University studio press, Θεσσαλονίκη 1987, σελ 39

Γ. Φαρμακολογικός έλεγχος της επιληψίας

Ο θεμελιώδης τρόπος για την αντιμετώπιση της επιληψίας είναι η φαρμακευτική αγωγή (σε μορφή χαπιού ή σιρόπι ή ενδοφλέβια). Σκοπός είναι να προστατευθεί ο ασθενής από τις κρίσεις, χωρίς να έχει η θεραπεία επίδραση στη φυσιολογική γνωστική λειτουργία (ή όταν πρόκειται για παιδιά στην ανάπτυξη της φυσιολογικής διανοητικής λειτουργίας) και χωρίς την πρόκληση επιβλαβών συστηματικών παρενεργειών. Αν είναι δυνατό, θα πρέπει να χορηγηθεί η χαμηλότερη δυνατή δόση ενός και μόνο επιληπτικού φαρμάκου και μάλιστα με την μικρότερη τοξικότητα. Η ακριβής γνώση του είδους των επιληπτικών κρίσεων που εμφανίζει ο ασθενής, του φάσματος της επίδρασης των διατιθεμένων αντιεπιληπτικών φαρμάκων και λίγων βασικών αρχών της φαρμακοκινητικής, μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα τον πλήρη έλεγχο 60-75% περίπου των ασθενών με επιληψία³⁴. Πολλοί ασθενείς φαίνεται ότι είναι ανθεκτικοί στα φάρμακα ή εμφανίζουν παρενέργειες, επειδή τα φάρμακα που έχουν επιλεγεί δεν είναι κατάλληλα για το είδος (είδη) των κρίσεων ή δεν χορηγούνται στις κατάλληλες δόσεις.

Ο μεγάλος αριθμός των αντιεπιληπτικών φαρμάκων που κυκλοφορούν σήμερα και τα επιτυχή αποτελέσματα από την χρήση τους³⁵ έκανε αναγκαία την λεπτομερή ενημέρωση τόσο των γιατρών όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού πάνω στις ανεπιθύμητες ενέργειες και το σωστό τρόπο χορήγησής τους. Υπάρχουν λοιπόν απαραίτητοι όροι που διέπουν την θεραπεία του επιληπτικού παιδιού και αυτοί είναι οι:

1. Όσο πιο νωρίς ξεκινήσει η αγωγή, τόσο πιο εντυπωσιακό είναι το αποτέλεσμα. Η έναρξη να γίνεται πάντα με ένα φάρμακο και να προστίθεται δεύτερο μόνο αν υπάρχει ανάγκη. Συνίσταται ιδιαίτερα η έναρξη της θεραπείας με μικρές δόσεις (1/4 της κανονικής δόσης) και η σταδιακή αύξησή της κάθε 3-5 μέρες κατά 1/4 μέχρι τελικής δόσης, που θα είναι ανεκτή για τον ασθενή.

2. Κάθε μεταβολή στο θεραπευτικό σχήμα πρέπει να γίνεται με προσοχή και μόνο αν υπάρχει απόλυτη ένδειξη.

³⁴ Καζής Α, *Θεραπεία της επιληψίας*, ο.π. σελ 51

³⁵ Στο ίδιο, σελ 53

3. Η φαρμακευτική αγωγή είναι μακροχρόνια. Αποτελεί αντένδειξη η χορήγηση αντιεπιληπτικών φαρμάκων για μικρό χρονικό διάστημα, καθώς επίσης και η απότομη διακοπή της αγωγής.

4. Κατά την διάρκεια της μακροχρόνιας θεραπείας πρέπει το επιληπτικό παιδί να παρακολουθείται συνεχώς για να διαπιστωθεί το αποτέλεσμα της θεραπείας και οι πιθανές αναπιθύμητες παρενέργειες του φαρμάκου.

5. Ο ηλεκτροεγκεφαλικός έλεγχος πρέπει να γίνεται συστηματικά, γιατί αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της κλινικής παρακολούθησης.

6. Πρέπει να γίνεται τακτικός αιματολογικός έλεγχος των ούρων, προσδιορισμός των επιπέδων φαρμάκου και έλεγχος της ηπατικής λειτουργίας για να εντοπιστούν τυχόν παρενέργειες του φαρμάκου.

7. Τέλος να τονιστεί στους γονείς και το άρρωστο παιδί η σπουδαιότητα του να ακολουθηθεί σωστά και σχολαστικά το θεραπευτικό σχήμα.

Δ. Διάρκεια της αντιεπιληπτικής αγωγής στα παιδιά

Η διάρκεια χορήγησης των αντιεπιληπτικών φαρμάκων προβληματίζει συχνά τον παιδίατρο. Ο χρόνος της θεραπείας εξαρτάται από τον τρόπο των σπασμών, από τη συχνότητα ή τις υποτροπές των κρίσεων, από την ύπαρξη ή όχι νευρολογικών ευρημάτων και από την αποκατάσταση του ΗΕΓ. Θεωρητικά θα πρέπει να θεωρηθεί ότι με τη θεραπεία έχει αποκατασταθεί η λειτουργικότητα του εγκεφάλου, ακόμα και μετά τη διακοπή της θεραπείας.

Σκέψη για διακοπή της θεραπείας πρέπει να γίνει, εφόσον ο άρρωστος τα τελευταία 2-3 χρόνια δεν εμφάνισε καμία κρίση και το ΗΕΓ αποκατασταθεί ή εμφανίζει μη ειδικές παθολογικές αλλοιώσεις.

Βασικές αρχές που ισχύουν για την παραπέρα χορήγηση των φαρμάκων είναι:

α) Η παραμονή υπερσύγχρονων δυναμικών³⁶ στο ΗΕΓ, οπότε η θεραπεία πρέπει να συνεχίζεται για 5 τουλάχιστον χρόνια χωρίς σπασμούς.

³⁶ Στο ίδιο, σελ 56

β) Όταν εμφανίζονται αραιές κρίσεις (λιγότερες από τρεις το χρόνο) πρέπει να συνεχίζεται η θεραπεία για 5 χρόνια ελεύθερα κρίσεων.

γ) Κατά την εφηβεία (μεταξύ 10ου και 15ου χρόνου της ζωής) πρέπει να χορηγείται φάρμακο κατά της μεγάλης επιληψίας, γιατί στην εφηβεία ο σπασμογόνος ουδός είναι χαμηλός.

Λόγοι που επιβάλλουν τη διακοπή ή αλλαγή της θεραπείας είναι:

- Η μη απάντηση στη θεραπεία.
- Η εμφάνιση νευρολογικών ή ψυχικών συμπτωμάτων σαν συνέπεια εκδηλώσεων της βασικής νόσου που προκάλεσε τους σπασμούς.
- Η εμφάνιση ψύχωσης.

Ε. Διακοπή της αντιεπιληπτικής φαρμακευτικής αγωγής στα παιδιά

Η διακοπή της θεραπείας πρέπει να γίνεται σταδιακά επειδή υπάρχει ο φόβος υποτροπής των σπασμών³⁷. Ελάττωση κατά 1/2 του δισκίου πρέπει να γίνεται ανά 3μηνο και κάθε 6-12 μήνες ΗΕΓ/φικός έλεγχος. Εμφάνιση υπερσύγχρονων δυναμικών στο ΗΕΓ, επιβάλλει νέα αύξηση της δόσης μέχρι να αποκατασταθεί πάλι το ΗΕΓ. Ο χρόνος αυτός δεν πρέπει να είναι μικρότερος από 2 χρόνια.

Όταν χορηγούνται περισσότερα από 2 φάρμακα πρέπει να διακόπτεται πρώτα αυτό με τις περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Με τον τρόπο αυτό ελέγχουμε συγχρόνως τη δραστηριότητα καθενός φαρμάκου χωριστά, εφόσον βέβαια υποτροπιάσουν οι σπασμοί. Κατά κανόνα μετά 2-3 χρόνια ελεύθερα σπασμών μπορεί ν' αρχίσει η σταδιακή μείωση του φαρμάκου. Κριτήρια για τη σταδιακή μείωση της θεραπείας αποτελεί η διάρκεια του ελεύθερου σπασμών χρονικού διαστήματος και ο αριθμός των φυσιολογικών ΗΕΓ πριν από την έναρξη της σταδιακής μείωσης.

Σε δύσκολα ελεγχόμενες επιληψίες και σε σπασμούς με σποραδική εμφάνιση (λιγότεροι από 2-3 το χρόνο) η έναρξη της σταδιακής μείωσης γίνεται μετά 5 χρόνια ελεύθερα σπασμών. Σε επιληψίες με πρωτοπαθείς γενικευμένους σπασμούς η σταδιακή μείωση δεν πρέπει να γίνεται μεταξύ 9ου και 15ου χρόνου της ζωής. Η

³⁷ Linsay/Boney/Gallander, *Νευρολογία και νευροχειρουργική εικονογραφημένη, μετάφραση Ζήσης Β.- Παπαγεωργίου Κ, εκδόσεις Παρισιάνος Γ, Αθήνα 1999, σελ 111-114*

θεραπευτική επιτυχία είναι μεγαλύτερη στα παιδιά που η εμφάνιση των σπασμών έγινε μετά το δεύτερο χρόνο της ζωής, στο μη εστιακό Grand mal και στις τυπικές αφαιρέσεις. Το υψηλότερο ποσοστό υποτροπών εμφανίζεται στα πέντε πρώτα χρόνια μετά τη διακοπή της θεραπείας³⁸.

Δυσμενή προγνωστικά στοιχεία για τη διακοπή της θεραπείας και την εμφάνιση υποτροπών αποτελούν: η μεγάλη χρονική διάρκεια μέχρι να σταματήσουν οι σπασμοί, νευρολογικές διαταραχές, κρίσεις και ο συνδυασμός διαφόρων μορφών επιληψίας. Σε περίπτωση που οι κρίσεις δεν αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά, τότε προτείνεται η χειρουργική θεραπεία.

Z. Χειρουργική θεραπεία

Νευροχειρουργική αντιμετώπιση των επιληπτικών κρίσεων επιχειρείται σε δύο περιπτώσεις: α) όταν η αιτία των κρίσεων είναι ορατή και οφείλεται σε κάποια χωροκατακτητική εξεργασία (όγκο, αιμάτωμα, απόστημα, αγγειακή δυσπλασία), και β) όταν η αιτία δεν είναι ορατή με τα γνωστά μέσα διάγνωσης και επιχειρείται η αφαίρεση μιας συγκεκριμένης περιοχής (επιλητογόνος εστία) βάσει νευροφυσιολογικών παρατηρήσεων και δεδομένων.

Από νευρολογικής πλευράς ενδιαφέρουν κυρίως οι περιπτώσεις της δεύτερης κατηγορίας στις οποίες η νευροχειρουργική επέμβαση συζητείται μόνο για ανθεκτικές στα φάρμακα σοβαρές περιπτώσεις μονοεστιακής επιληψίας, όπως είναι συνήθως ορισμένες ψυχοκινητικές επιληψίες.

Τα τελευταία 25 χρόνια στο Νοσοκομειακό κέντρο Sainte-Anne (Παρίσι) έχει δημιουργηθεί παράδοση στη διερεύνηση και τη χειρουργική αντιμετώπιση των επιληπτικών κρίσεων από νευροφυσιολόγους και νευροχειρουργούς³⁹.

Η έρευνα, που επιχειρείται σε νοσοκομειακό περιβάλλον, περιλαμβάνει την κλινική παρακολούθηση των αρρώστων, την πλήρη ΗΕΓγραφική τους διερεύνηση (σε κατάσταση ηρεμίας και με τη σύγχρονη χορήγηση επιλητογόνων φαρμάκων όπως η μεζμίδη) και τέλος το νευροακτινολογικό έλεγχο με στερεοταξικές συνθήκες.

Όταν τα ευρήματα από την προκαταρκτική έρευνα συνηγορούν υπέρ μόνο-

³⁸ Σαχίνη-Καρδάση Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. ο. π. σελ 173

³⁹ Καζής Α, θεραπεία της επιληψίας ό.π. σελ 96

εστιακής επιληψίας και τα δεδομένα των νευροψυχολογικών δοκιμασιών (για την εντόπιση της μνήμης του προφορικού και μη προφορικού λόγου) επιτρέπουν σε θεωρητικό επίπεδο τη δυνατότητα της νευροχειρουργικής επέμβασης, ακολουθεί η στερεο-ηλεκτροεγκεφαλογραφική διερεύνηση.

Αυτή γίνεται με τη βοήθεια ειδικών ηλεκτροδίων-βελονών, διαμέτρου 2.4mm που εισέρχονται (σε συνολικό αριθμό 5-7) με στερεοταξικές συνθήκες και ελαφρά γενική νάρκωση στους πιθανολογούμενα ύποπτους εγκεφαλικούς σχηματισμούς, με σκοπό να διερευνηθεί η βιοηλεκτρική τους δραστηριότητα και να καθοριστεί η υπεύθυνη περιοχή από την οποία αρχίζει η επιληπτική εκφόρτιση (επιληπτογόνος εστία). Εάν κατά τη διάρκεια της στερεοταξικής διερεύνησης δεν καταγραφεί αυτόματη κρίση του ασθενούς (που είναι επιθυμητή) τότε προκαλείται με επιληπτογόνα φάρμακα (μεξιμίδη) και χαμηλής έντασης ηλεκτρικά ερεθίσματα που χορηγούνται μέσω των ιδίων ηλεκτροδίων (που χρησιμεύουν συγχρόνως ως εξαρτήματα ανίχνευσης των εγκεφαλικών ρυθμών και διεγέρτες) σε αυστηρά καθορισμένες περιοχές του φλοιού ή των σχηματισμών του βάθους.

Αφού με τον τρόπο αυτό χαρτογραφηθεί επακριβώς η επιληπτογόνος ζώνη, ακολουθεί, μετά ένα μήνα περίπου, η χειρουργική αφαίρεση της υπεύθυνης περιοχής.

Τα αποτελέσματα της νευροχειρουργικής επέμβασης εξαρτώνται από την ορθή νευροφυσιολογική διερεύνηση και σε τελική ανάλυση από το σωστό καθορισμό της επιληπτογόνου ζώνης.

Σύμφωνα με στατιστικές από τη Νέα Υόρκη σε σύνολο 124 ασθενών με κροταφική επιληψία αναφέρεται πλήρης ίαση (έλεγχος των κρίσεων) στο 21%, σημαντική βελτίωση στο 46% και αμετάβλητη κατάσταση στο 33%. Ευνοϊκότερες φαίνονται οι στατιστικές από το Παρίσι. Σε 220 ασθενείς με εστιακή επιληψία αναφέρεται πλήρης ίαση στο 54%, μεγάλη βελτίωση στο 19%, απλώς βελτίωση (ελάττωση των κρίσεων κατά 50%) στο 15% και αμετάβλητη κατάσταση στο 9%. Η θνησιμότητα κατά τους τελευταίους ερευνητές φτάνει το 3%⁴⁰.

Οι διαφορές στα αποτελέσματα μεταξύ των δύο ερευνητικών κέντρων

⁴⁰ Καζής Α, *Θεραπεία της επιληψίας*, ό.π. σελ 128

προφανώς οφείλεται στα διάφορα κριτήρια επιλογής των ασθενών⁴¹.

ΣΤ. Άλλες μέθοδοι θεραπείας

Εκτός από τα αντί-Ε φάρμακα και τη χειρουργική θεραπεία, οι επιληπτικοί ασθενείς είναι δυνατό να βοηθηθούν ως ένα βαθμό και από ορισμένες άλλες μεθόδους θεραπείας που έχουν κυρίως σχέση με τη διατροφή και τη ρύθμιση των ψυχικών τους λειτουργιών. Αυτές είναι η κετογενής διαίτα και οι ψυχαναλυτικές ψυχοθεραπείες.

Στην κετογενή διαίτα συνιστάται λήψη άφθονων λιπών και ελάχιστων υδατανθράκων με αποτέλεσμα να δημιουργείται κέτωση και οξέωση (όπως σε περιπτώσεις νηστείας) στον οργανισμό. Μετά ορισμένες ημέρες θεραπείας το ΚΝΣ προάγει εν μέρει την καύση κετονικών σωμάτων με αποτέλεσμα και εφόσον διατηρείται η διαίτα να υπάρχει κάποια αντί-Ε δράση. Οι λεπτομέρειες του μηχανισμού δράσης δεν είναι γνωστές πάντως, πιθανότατα, η κετογενής διαίτα προάγει στον εγκέφαλο την ενεργοποίηση ορισμένων ενζυμικών συστημάτων με ανασταλτική δράση, αφού οι μεταβολές του ύδατος-ηλεκτρολυτών, της οξεοβασικής ισορροπίας και της ποσότητας των λιπιδίων δεν φαίνονται ικανές να ερμηνεύσουν το φαινόμενο.

Στην καθημερινή πράξη η εφαρμογή της διαίτας είναι δύσκολη και έχει θτικό αποτέλεσμα μόνο όταν στα ούρα ανιχνευτεί αζόνη και ακετονικό οξύ. Εφαρμόζεται συνήθως σε αρρώστους που δεν ανέχονται καλά τα αντιεπιληπτικά φάρμακα ή εμφανίζουν ανθεκτικότητα σε αυτά.

Οι ψυχαναλυτικές ψυχοθεραπείες είναι δυνατόν να βοηθήσουν επιληπτικούς ασθενείς με υστερική κυρίως νεύρωση, ενώ η μέθοδος της χαλάρωσης απαλλάσσει πολλές φορές από το δευτεροπαθές άγχος για το φόβο της επικείμενης κρίσης.

⁴¹ Στο ίδιο, σελ. 142

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ ΣΤΟΝ ΨΥΧΙΣΜΟ, ΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

A. Διαπίστωση επιπτώσεων της επιληψίας στη βιοψυχοκοινωνική οντότητα του παιδιού μέσα από μελέτες

Το επιληπτικό παιδί έχει τη σφραγίδα μιας δυσάρεστης αρρώστιας. Είναι γνωστό πως αυτό και μόνο είναι η αιτία έντονων διαταραχών στον ψυχισμό του παιδιού. Τα φάρμακα, επίσης, μπορεί να επηρεάσουν το παιδί δυσάρεστα. Αυτό εξαρτάται από τη δόση και το είδος του φαρμάκου.

Μεγάλη σημασία πρέπει να δίδεται και στους ψυχικούς παράγοντες. Αυτοί, μόνοι τους, ή μαζί με τους οργανικούς παράγοντες, έχουν συχνά πολύ έντονα βλαπτικά αποτελέσματα. Όμως και οι οργανικοί παράγοντες υπάρχουν και πρέπει να είναι γνωστοί για την καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση τους.

Ο Ounsted και συνεργάτες⁴² μελέτησαν 100 περιπτώσεις επιληψιών σε παιδιά. Από την αρχή της μελέτης μέχρι σήμερα, πέρασαν περί τα 30 χρόνια. Στη διάρκεια των 30 αυτών χρόνων, οι παραπάνω ερευνητές παρακολούθησαν και επεξεργάστηκαν τα στοιχεία των 100 επιληπτικών παιδιών, που σήμερα είναι ενήλικες (σημειώθηκαν και μερικοί θάνατοι).

Ανάλογα με την αιτία των κρίσεων, χωρίστηκαν τα παιδιά σε τρεις ομάδες, ανάλογα με την μορφή της επιληψίας από την οποία έπασχαν. Οι βασικές δημοσιεύσεις για τα παιδιά που αφορούσε η έρευνα έγιναν το 1964 και επαναλήφθηκαν το 1977 (ενήλικες). Έτσι παρατηρήθηκε, πως η νοημοσύνη ήταν αρνητικά επηρεασμένη για όσα από τα παιδιά αυτά είχαν ιστορικό και οργανικές βλάβες (από τα άλλα αίτια),

Σε μελέτη που έγινε μετά το 1987, διαπιστώθηκε πως η νοημοσύνη των ιδίων αυτών παιδιών ήταν τόσο καλύτερη, όσο καλύτερη πορεία είχαν παρουσιάσει στο μεταξύ χρονικό διάστημα. Από τα 100 άτομα της έρευνας, 5 πέθαναν, 33 έγιναν τελείως καλά, 32 είχαν καλή εξέλιξη αλλά συνέχιζαν την αντιεπιληπτική αγωγή, ενώ

⁴² Linsay/Boney/Gallander, *Νευρολογία και νευροχειρουργική εικονογραφημένη... ο.π.* σελ 147-152

στα υπόλοιπα 30 η κατάσταση τους είχε εξελιχθεί άσχημα και γι' αυτό είχαν ανάγκη υποστηρίξεως, ή ζούσαν σε ειδικά ιδρύματα.

Επί πλέον στοιχεία από τα βασικά αποτελέσματα αυτής της έρευνας είναι: Τα περιστατικά που είχαν την επιληπτική εστία στον αριστερό κροταφικό λοβό, έμπαιναν στις ομάδες με χειρότερη έκβαση. Όσο πιο νωρίς είχαν αρχίσει οι κρίσεις, τόσο πιο χειρότερη ήταν η έκβαση. Χειρότερη πορεία επίσης είχαν τα περιστατικά που είχαν συχνότερες κρίσεις. Η πρόγνωση, μέχρι την ενηλικίωση, μπορεί να καθοριστεί, αν υπολογιστούν όλοι οι δυσμενείς παράγοντες και τα ευρήματα σε κάθε παιδί. Πρέπει να σημειωθεί πως τα περιστατικά στα οποία ο γενετικός παράγοντας φαινόταν να παίζει μεγαλύτερο ρόλο, (συγγενείς πρώτου βαθμού με θετικό ιστορικό επιληψίας), είχαν γενικά καλύτερη πορεία.

Ένας άλλος ερευνητής, ο Rutter και συνεργάτες⁴³, μελέτησε επιληψίες στα πλαίσια μιας εκτεταμένης και πολύπλευρης εκτιμήσεως παιδιών. Τα παιδιά αυτά, 5-14 ετών, άνηκαν στον πληθυσμό μιας ορισμένης περιοχής. Τα παιδιά με επιληπτικές κρίσεις, είτε αυτά παρακολουθούσαν σχολείο ή όχι, εξετάστηκαν νευρολογικά, ψυχιατρικά, ψυχολογικά, κοινωνικά, όπως και όλα τα άλλα παιδιά. Στο σύνολο της αναλύσεως, βρέθηκε πως τα επιληπτικά παιδιά, ήταν αρνητικά επηρεασμένα σε σχολική απόδοση και συμπεριφορά. Ο βαθμός του επηρεασμού τους εξαρτιόταν από τη βαρύτητα, το ιστορικό και το είδος των κρίσεων. Τα περισσότερα όμως επιληπτικά παιδιά παρακολουθούσαν το κανονικό σχολείο, με απόδοση και συμπεριφορά μη παθολογική.

Σε μια άλλη σειρά μελετών, ο Stores και συνεργάτες⁴⁴ μελέτησε παιδιά με επιληψία, κυρίως σε σχέση με την απόδοση τους στο σχολείο. Βρέθηκαν διαταραχές συγκεντρώσεως και μαθήσεως, που οφείλονται και στα βαρβιτουρικά (τα συνήθη αντιεπιληπτικά), δεδομένου του ότι ελαττώνουν την αντιδραστικότητα. Απέδωσε αρκετές διαταραχές στη συμπεριφορά των παιδιών, κυρίως αν υπήρχε και οργανική βλάβη του εγκεφάλου.

Όπως και ο Rutter, βρήκε και ο Stores δυσκολίες στο διάβασμα σε παιδιά με επιληψία. Αυτό συνέβαινε στις γενικευμένες και εστιακές μορφές κρίσεων, αλλά,

⁴³ Linsay/Boney/Gallander, *Νευρολογία και νευροχειρουργική...*, ό.π. σελ 132-134

⁴⁴ Στο ίδιο σελ 145-149

όπως φαίνεται, πιο συχνά όταν υπήρχαν εστιακές επιληπτικές εκφορτίσεις στο επικρατούν ημισφαίριο. Και από άλλες παρατηρήσεις είναι γνωστό, πως οι επιληπτικές εκφορτίσεις στο επικρατούν ημισφαίριο επιδρούν πιο δυσάρεστα, όχι μόνο στη μάθηση, αλλά και στον ψυχισμό.

Θέλοντας να εκτιμήσει τα παιδιά με επιληπτικές κρίσεις, που έχουν ιδιαίτερες δυσκολίες στο σχολείο, βρήκε περισσότερα προβλήματα στα αγόρια και σε παιδιά με εστία από αιχμές στο αριστερό κροταφικό λοβό. Επίσης βρήκε σημεία δυσάρεστης επιδράσεως της φαρμακευτικής αγωγής.

Το θέμα της σχέσεως μεταξύ επιληψίας και ψυχώσεως και ιδιαίτερα σχέσεως ή μη, κροταφικής επιληψίας και σχιζοφρένειας, ενδιαφέρει ιδιαίτερα. Υπάρχουν και γίνονται πολλές μελέτες στο θέμα αυτό. Μεγάλη προώθηση των μελετών αυτών, έδωσε η επισήμανση διαταραχών στις συνοπτικές μεταβιβάσεις στις επιληψίες αλλά και στη σχιζοφρένεια. Από τη μια μεριά, η έρευνα για τις επιληψίες και διαταραχές συμπεριφορές -ψυχώσεις στα παιδιά, δε γίνονται σε ανάλογο επίπεδο, όπως στους ενήλικες. Από την άλλη μεριά, οι καθαυτές ψυχώσεις σε επιληπτικά παιδιά, δεν είναι συχνές. Η συνύπαρξη δε, επιληψίας και ψυχώσεως, δε σημαίνει πάντα πως η ψύχωση οφείλεται στην επιληψία⁴⁵.

Τα παραδείγματα των ερευνών που αναφέρονται παραπάνω, είναι μερικά από πολλές έρευνες που γίνονται για τη σχέση επιληψίας, και οργανικής βλάβης του Κ.Ν.Σ. Όμως, οι περιπτώσεις αυτές, δεν είναι τόσο συχνές. Το πρόβλημα της επιληψίας και διανοητικής καθυστέρησης, δεν είναι συχνό. Πιο ενδιαφέρουσα είναι η επίδραση στη σχολική απόδοση, που δεν εξαρτάται μόνο από τις κρίσεις, αλλά και από τη θεραπεία και τους ψυχολογικούς παράγοντες.

Η διανοητική καθυστέρηση παρουσιάζεται σε βαριές επιληψίες και πιο συχνά όταν συνυπάρχει οργανική βλάβη του εγκεφάλου. Το ίδιο πρόβλημα συναντάται και σε βαριές επιληψίες σε μεγαλύτερα παιδιά. Αυτές δηλαδή, συνυπάρχουν συχνά με οργανικές βλάβες του Κ.Ν.Σ., που έτσι κι αλλιώς θα επηρέασουν τα παιδιά στη διανοητική τους ανάπτυξη.

⁴⁵ Γκόβνια Ευδοξία, Τι είναι η επιληψία, Novartis.
<http://www.specialeducation.gr/print.php?sid=45> 20/8/2007

Δεν μπορεί να προβλεφθεί, κατά πόσο θα αναπτύξει ένα παιδί με διαταραχές συμπεριφοράς, μια καθαυτή ψύχωση, αλλά πάντως τούτο εξαρτάται πάλι από τα όλα ευρήματα του παιδιού. Γενικά, στην ελαφρά εγκεφαλική δυσλειτουργία, φαίνεται πως «προστίθεται» στην ενηλικίωση μια ψύχωση, πιο συχνά παρά σε υγιή άτομα⁴⁶. Αυτό όμως, δεν μπορεί να θεωρηθεί επακόλουθο της επιληψίας. Ενώ το υπερκινητικό σύνδρομο περιορίζεται με την ηλικία, οι εκρήξεις οργής μπορεί να παρουσιαστούν σε ενήλικες με εικόνα ψυχωτικών επεισοδίων.

Έχει παρατηρηθεί, πως επιληπτικά δυναμικά στο ΗΕΓ, παρουσιάζονται σε μεγάλη συχνότητα σε σχιζοφρενείς, χωρίς να είναι γνωστή η σημασία του φαινομένου αυτού. Αυτιστικά παιδιά αναπτύσσουν συχνά επιληπτικές κρίσεις στην εφηβεία. Εάν όμως ένα αυτιστικό παιδί είχε και επιληπτικές κρίσεις, από μικρή ήδη ηλικία, δεν μπορούμε να αποδώσουμε την ψύχωση στην επιληψία αλλά ούτε και το αντίστροφο. Ο γιατρός θα περιοριστεί στη θεραπεία του παιδιού με αντιεπιληπτικά φάρμακα και εάν η κατάσταση του δεν βελτιωθεί, θα παρακολουθηθεί και από παιδοψυχίατρο, για να δοθούν ενδεχόμενα και ψυχοφάρμακα. Για την πρόγνωση θα εκτιμηθεί η όλη κατάσταση του παιδιού, δηλ. η διανοητική ικανότητα, μορφή επιληψίας, τυχόν οργανικές βλάβες, ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή, βοήθεια από το περιβάλλον κ.λ.π.

Παραπάνω έγινε μια σύντομη ανασκόπηση του θέματος του συσχετισμού-επιδράσεως της επιληψίας και διανοητικής καθυστέρησης ως και επιληψίας και ψυχώσεως. Εάν η κατάσταση σ' ένα παιδί, έχει μια τέτοια άσχημη έκβαση, μπορούμε να την προβλέψουμε σε ένα βαθμό από το σύνολο των ευρημάτων και την πορεία. Οι περιπτώσεις με τέτοια κακή εξέλιξη είναι λίγες. Σε παιδιά αυτών των περιπτώσεων ο προβληματισμός και η φροντίδα του νοσηλευτή και του γιατρού πρέπει να αφορά, όχι μόνο τα φάρμακα, αλλά και το σύνολο της προσωπικότητας των παιδιών αυτών, την εκπαίδευσή τους στο σχολείο και τον ψυχισμό τους. Πρέπει να επικρατεί πάντα η σκέψη, πως ένα παιδί μπορεί να επηρεαστεί στον ψυχισμό του, έστω και αν έπαθε μια κρίση μόνο. Στο διάστημα της κρίσεως, οι γονείς του το είδαν «σαν νεκρό». Η εικόνα αυτή, το άγχος της επαναλήψεως, το άγχος του θανάτου, της αναπηρίας, του «στίγματος», επηρεάζουν τους γονείς, αλλά και το παιδί (άμεσα ή έμμεσα). Εφόσον

⁴⁶Γιουρούκος Κ. *Εφηβεία κα επιληψία*. <http://www.in.gr/iatrikionline.html> 29/9/2006

οι κρίσεις επαναλαμβάνονται, η σημασία και οι συνέπειες του ψυχικού παράγοντα μεγαλώνουν, μέχρι που η οικογένεια μπορεί να διαλυθεί. Αργότερα, το παιδί μπορεί να μην έχει πια κρίσεις, αλλά πως θα έχει επηρεαστεί τότε η προσωπικότητά του; Αυτές οι απλές σκέψεις, πρέπει να περνούν από το νου κάθε πεπειραμένου νοσηλευτή και γιατρού που βλέπουν το παιδί κάθε φορά που ελέγχουν το ΗΕΓ και τα φάρμακα. Το βλέπουν για λίγο χρόνο και καθορίζουν το μέλλον του. Ανεξάρτητα αν, μια χρόνια ασθματική βρογχίτιδα μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερη οργανική βλάβη, τα ψυχολογικά προβλήματα του «επιληπτικού παιδιού» είναι δυσανάλογα μεγαλύτερα. Το ίδιο το παιδί, οι γονείς του, το περιβάλλον του, οι δάσκαλοί του, δε δέχονται την επιληψία σαν κοινή αρρώστια. Επισημαίνεται, πως οι «επιστήμονες» της χιτλερικής Γερμανίας προσπάθησαν να «εξαφανίσουν» την επιληψία με τις μεθόδους τους... Σύγχρονα βέβαια, γινόταν σε άλλα κράτη επιστημονικές έρευνες, για το μηχανισμό και θεραπεία της επιληψίας⁴⁷. Είναι σήμερα γνωστό, πως οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση της επιληψίας είναι πολλοί και δεν μπορεί να ελεγχθούν. Επιληψία λοιπόν θα υπάρχει. Ένα μικρό μέρος περιπτώσεων επιληψίας έχει κακή έκβαση. Για τις περισσότερες περιπτώσεις, όμως, ισχύει αυτό που ειπώθηκε από τους ειδικούς: «η επιληψία θεραπεύεται». Θεραπεία δε, δεν είναι μόνο τα φάρμακα, αλλά και η ψυχολογική συμπαράσταση.

B. Η αντίδραση στη διάγνωση

Οι γονείς, το περιβάλλον, οι δάσκαλοι, αλλά και το ίδιο το παιδί, αντιδρούν λίγο-πολύ με άγχος στη διάγνωση της επιληψίας. Αυτό παρατηρείται ανεξάρτητα με το χαρακτηρισμό και την ονομασία που θα δώσει ο γιατρός, ή και οι ίδιοι οι άμεσα ή έμμεσα ενδιαφερόμενοι. Το ίδιο το παιδί, όταν είναι κάπως μεγαλύτερο, ξέρει πως βρίσκεται σε ιατρική παρακολούθηση, πως πρέπει να παίρνει φάρμακα, πως «κάτι μπορεί να του συμβεί». Κάποτε θα ανακαλύψει τι φάρμακα παίρνει και θα ενδιαφερθεί για την αρρώστια του. Θα θυμάται αργότερα το ιστορικό της αρρώστιας, πώς ήταν ο γιατρός, τι έλεγε...

Οι γονείς αντιδρούν στη διάγνωση με άγχος. Το άγχος αυτό προκαλείται

⁴⁷ Linsay/Boney/Gallander, *Νευρολογία και νευροχειρουργική εικονογραφημένη...ο.π. σελ 198-199*

και από τις ίδιες τις κρίσεις. Σε μια, βραχείας διάρκειας, κρίση Grand mal, που τον ειδικό δεν τον φοβίζει, οι γονείς είδαν το παιδί τους για λίγο, πως «έμεινε σαν νεκρό». Αυτός ο φόβος δεν έχει σχέση με τη μόρφωση των γονέων. Άλλου είδους κρίσεις προκαλούν διαφόρου βαθμού άγχος, ανάλογα με την εμφάνιση τους. Οι ανησυχίες που εκφράζονται από τους γονείς, για τη διανοητική κατάσταση του παιδιού, για την ψυχική του υγεία. Κι ακόμη για το πως θα αντιδράσουν τα άλλα παιδιά, οι γνωστοί, τι θα γίνει στο μέλλον, εάν το παιδί μπορέσει να κάνει οικογένεια κ.α. Τόσο ο γιατρός που θα διαγνώσει και θα ασχοληθεί με τη θεραπεία όσο και ο νοσηλευτής που θα παρέχει ποιοτική φροντίδα θα πρέπει να απαντήσουν σ' αυτές τις γεμάτες ανησυχία ερωτήσεις των γονέων και να πουν τη γνώμη τους αν το παιδί πρέπει να παρακολουθηθεί και από παιδοψυχίατρο και ψυχολόγο. Είναι βασικό να γνωρίζουμε, πως ο γονέας δεν μπορεί να καταλάβει εύκολα, τι είναι αυτή η νόσος. Στην περίπτωση που αυτός είναι μορφωμένος και διαβάζει εκλαϊκευμένα άρθρα ή βιβλία, μπορεί να κατανοήσει αρκετά πράγματα. Το πως θα αντιδράσει, εξαρτάται περισσότερο από την προσωπικότητα του.

Η προσκόλληση των γονέων στο παιδί και η υπερπροστασία, είναι από τις συχνές αντιδράσεις τους. Δεν είναι σπάνιο να κοιμούνται τα παιδιά αυτά με τους γονείς τους και μέχρι αρκετά μεγαλύτερες ηλικίες. Συχνά οι γονείς δεν αφήνουν τα παιδιά αυτά να παίξουν, ή να πηγαίνουν στην εξοχή, ή ακόμη και να κάνουν γυμναστική κ.λ.π. Τα παιδιά με βαριές επιληψίες είναι λίγα. Για τα άλλα πρέπει να συμβουλευονται οι γονείς, να τα αφήνουν να ζούνε όπως όλα τα φυσιολογικά παιδιά. Προσοχή, χρειάζεται στο μπάνιο, στο ποδήλατο και άλλες επικίνδυνες περιπτώσεις. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η προσοχή των γονέων χρειάζεται, αλλά πρέπει να μη γίνεται τούτο αντιληπτό από τα παιδιά. Χρειάζεται ακόμα να εξηγηθεί στους γονείς, πως μια κρίση μικρής διάρκειας πρέπει να ξεχνιέται γρήγορα. Θα ξέρουν πως μόνο οι παρατεταμένες κρίσεις είναι επικίνδυνες.

Γ. Το παιδί στο σχολείο

Ο δάσκαλος που θα αντιμετωπίσει την εικόνα του παιδιού που θα πάθει μια κρίση στο σχολείο μπορεί να μην αντιδράσει σωστά. Η κατανόηση για το παιδί και την αρρώστια του, θα γίνει όταν αυτός πληροφορηθεί κατάλληλα για τη φύση της αρρώστιας. Τότε, ο δάσκαλος μπορεί με τη σειρά του, να εξηγήσει στα παιδιά της

τάξεως το γεγονός και όπως έχει διαπιστωθεί, αυτά δείχνουν κατανόηση και το παιδί δεν επιβαρύνεται. Δεν πρέπει να δημιουργηθεί η εντύπωση πως το παιδί έχει κάποια αναπηρία, ή πως δεν πρέπει να προσπαθεί να αποδίδει όπως και τα άλλα παιδιά. Δεν πρέπει να ξεχνιέται, πως τα παιδιά με επιληπτικές κρίσεις έχουν πράγματι συχνά προβλήματα μαθήσεως τα οποία όμως, συνήθως δεν είναι σοβαρά. Τα προβλήματα αυτά, εκτός από τους ψυχολογικούς παράγοντες, οφείλονται στη νόσο και στα φάρμακα. Τούτο είναι γνωστό από πολλά χρόνια. Τα τελευταία όμως χρόνια φάνηκε πως τα προβλήματα αυτά δεν είναι συνήθως σοβαρά. Αντιμετωπίζονται με την κατάλληλη ιατρική θεραπεία και βοήθεια στο σχολείο. Βέβαια υπάρχουν και οι λιγότερες περιπτώσεις των παιδιών που δεν θεραπεύονται και που καταλήγουν σε ιδρύματα.

Δ. Η ζωή του παιδιού στην κοινωνία

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το παιδί επηρεάζεται συχνά από τους γονείς και το σχολείο. Έστω σαν παράδειγμα, ένα παιδί της σχολικής ηλικίας που παθαίνει μια κρίση Grand mal και καμιά άλλη πλέον στη ζωή του. Είναι πολύ πιθανό, ότι η κρίση αυτή θα του αλλάξει τη ζωή, με το άγχος του περιβάλλοντος, τα διάφορα ερωτήματα που θα δημιουργηθούν, την αβεβαιότητα για το μέλλον κ.λ.π. Ελπίζεται πως δεν θα αργήσει να αλλάξει η άσχημη προκατάληψη για την «ιερά νόσο». Από την άλλη πλευρά, χρειάζεται σωστή ψυχολογική και ιατρική συμπαράσταση στα παιδιά με επιληπτικές κρίσεις. Στην Ελλάδα υπάρχουν πολλές χιλιάδες τέτοιων παιδιών. Δεν υπάρχει ένα ειδικό κέντρο για αυτά που βέβαια χρειάζεται. Μια τέτοια κεντρική οργάνωση ίσως φανεί αναγκαία στο μέλλον. Μπορεί όμως να οργανωθεί κατά τόπους καλύτερη αντιμετώπιση. Δεν πρέπει να δίδονται μόνο φάρμακα σε ένα οργανισμό... Πρέπει, να παρακολουθείται και η προσωπικότητα...

Οι νεογνικοί βρεφικοί σπασμοί, επηρεάζουν συνήθως οργανικά τα παιδιά σε έντονο βαθμό. Το παιδί παρουσιάζει ψυχοκινητική καθυστέρηση. Θα κάνει εντύπωση η λεπτομερής περιγραφή από τους γονείς για τις κρίσεις. Αυτό σημαίνει πως βρίσκονται σε άγχος και συνέχεια παρακολουθούν το παιδί. Φυσιολογικές σχέσεις με το παιδί (και ίσως και μεταξύ των γονέων) δεν υπάρχουν πια.

Σε μεγαλύτερες ηλικίες, οι κρίσεις που παρατηρούνται δεν είναι συνήθως σοβαρής μορφής. Στις σοβαρές μορφές επιληψίας όμως, που αρχίζουν αργότερα, οι

αντιδράσεις των γονέων είναι συνήθως πιο δυσάρεστες. Το παιδί, που μέχρι τότε ήταν καλά, άρρωστο με επιληψία. Η συμπαράσταση του γιατρού και του ψυχολόγου, για την ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού, είναι αναγκαία. Θα ρυθμιστεί η θεραπεία, έτσι ώστε το παιδί να μην γίνει υπερκινητικό και να μην παρουσιάζει βραδυψυχισμό. Πρέπει ν' αντιμετωπίζεται ακόμη, τυχόν υπερκινητικό σύνδρομο, ή έντονες διαταραχές συμπεριφοράς, φαρμακευτικά εφόσον είναι αναγκαίοι. Δεν πρέπει να παραγνωρίζονται και προβλήματα μαθήσεως που πρέπει να αντιμετωπιστούν με σχετική βοήθεια. Τότε είναι η περίοδος που επέρχεται, το μεγαλύτερο βάρος από το κοινωνικό περιβάλλον. Τα παιδιά που έχουν κρίσεις είναι αγχώδη, απομονωμένα, κατέχονται από αβεβαιότητα, είναι συχνά ευερέθιστα, καμιά φορά επιθετικά, μπορεί δε ακόμη, να παρουσιάσουν ενούρηση και άλλες μη οργανικές διαταραχές. Πρέπει να καταβάλλονται προσπάθειες ώστε να πάνε όσο το δυνατό λιγότερα παιδιά, με δύσκολες επιληψίες σε ειδικά σχολεία.

Στην περίοδο της ήβης κυρίως, οι ερωτήσεις που γίνονται στον γιατρό αφορούν συχνά προβλήματα της κληρονομικότητας και την εγκομοσύνη.

Τέλος σημειώνεται, πως στην ήβη θα χρειαστεί συχνά να αυξηθούν οι δόσεις των φαρμάκων, ή να αναβληθεί η διακοπή αυτών, όπως αναφέρεται αλλού. Τούτο όμως έχει και ιδιαίτερα δυσάρεστη ψυχολογική επίδραση στην περίοδο της ήβης, που πρέπει να αντιμετωπιστεί.

Στο κεφάλαιο τούτο, αναφέρθηκαν συνοπτικά, προβλήματα διανοητικής αποδόσεως, συμπεριφοράς, ενδεχόμενα ψυχώσεως, ψυχολογικά κ.λ.π. Τονίστηκαν οι δυσάρεστες επιδράσεις από το περιβάλλον. Ακόμα και για ψυχώσεις, δίδεται σημασία στους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Για την αντιμετώπιση των εξωγενών αυτών επιδράσεων θα πρέπει να αλλάξει η νοοτροπία του περιβάλλοντος σχετικά με το πως «βλέπει» την επιληψία. Ας αλλάξει επίσης ο τρόπος με τον οποίο ο άρρωστος βλέπει το περιβάλλον και αντιμετωπίσει τη ζωή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ

A. Γενική εκτίμηση της κατάστασης του παιδιού

Η φροντίδα των ανηλίκων δεν είναι εύκολη δουλειά όπως έχει ήδη αναφερθεί παραπάνω. Για να μπορέσουν οι γιατροί και νοσηλευτές να περιθάψουν καλύτερα, να βγάλουν σωστά συμπεράσματα για την μορφή της επιληψίας που έχει το κάθε περιστατικό και να δώσουν μέσα από αυτή την διαδικασία την κατάλληλη μέθοδο θεραπείας⁴⁸ πρέπει να συλλέξουν τις απαιτούμενες πληροφορίες. Πληροφορίες σχετικά με το παιδί μπορούν να ληφθούν από το ίδιο (ανάλογα με την ηλικία), την οικογένεια και από διάφορα ιατρικά δελτία. Επίσης πληροφορίες συλλέγονται και από :

1. Ιστορικό υγείας παιδιού

Από αυτό παίρνουν πληροφορίες σχετικά με τα παρόντα προβλήματα του παιδιού δηλαδή αν εμφανίστηκαν στο παρελθόν άλλες κρίσεις, παροξυσμοί ή άλλα ενοχλήματα πόσο διήρκεσαν και πόση η ένταση τους. Γίνονται γνωστοί οι παράγοντες που επιδεινώνουν ή μειώνουν τις παροξυσμικές φάσεις και τα διάφορα ενοχλήματα. Πληροφορούνται από τα άτομα που ήταν παρόντα κατά την διάρκεια της κρίσης την όλη γενική εικόνα του παιδιού σε αυτήν την κατάσταση. Στη συνέχεια τους ρωτούν αν το παιδί κατά τη διάρκεια των κρίσεων που είχε στο σπίτι παρουσίαζε μεταβολές στη συνείδηση, αν υπήρχε αύρα και αν εμφάνισε αταξικές κινήσεις των βολβών του και των άκρων.

Ενημερώνονται επίσης για το ατομικό του ιστορικό, δηλαδή για παρελθούσες νόσους του παιδιού είτε αυτές είναι παιδικές είτε όχι, για τυχόν τραυματισμούς (ατυχήματα), εγχειρήσεις που υπέστη, αν τυχόν παρουσιάζει αλλεργίες καθώς και τα εμβόλια που του έχουν γίνει μέχρι τώρα.

Ένα άλλο βασικό στοιχείο είναι το οικογενειακό ιστορικό. Παίρνουν πληροφορίες από τους γονείς του παιδιού για την όλη οικογενειακή τους κατάσταση ,

⁴⁸ Παπαδόπουλος Α. Θεραπεία της επιληψίας. Ελληνική Εθνική Ένωση κατά της Επιληψίας.
<http://www.epilepsy-grecce.com/diagnosis.html> 21/8/2007

όπως την ηλικία των γονέων, που εργάζονται, αν τα έσοδα τους καλύπτουν τις βασικές τους ανάγκες, αν υπάρχουν προβλήματα στις σχέσεις της οικογένειας και τέλος αν υπήρχε ή υπάρχει στο οικογενειακό τους δένδρο κάποιο άτομο (θείος-θεία, γιαγιά-παππούς) που να παρουσιάζει επιληπτικές κρίσεις. Ωστόσο δεν πρέπει να αγνοηθεί και το κοινωνικό ιστορικό του παιδιού. Προσέχουν και μαζεύουν πληροφορίες για κάθε μεταβολή της συμπεριφοράς στις διαπροσωπικές σχέσεις του παιδιού και πως μπορεί να επηρεάσει το πρόβλημα την καθημερινή του ζωή.

2. Διανοητική και ψυχική κατάσταση του παιδιού

Ελέγχουν το επίπεδο συνείδησης και το βαθμό αντίδρασης στα ερεθίσματα. Παρατηρούν αν έχει πλήρη αντίληψη του περιβάλλοντος, αν είναι συγχυτικό, αν παραληρεί ή είναι κωματώδες. Εξετάζουν την γενική συγκινησιακή κατάσταση και συμπεριφορά, αν δηλαδή το παιδί κατά την εισαγωγή του ήταν τεταμένο ή θλιμμένο, αν εισήλθε με ευεξία, αν ήταν συνεργάσιμο με τη θεραπευτική ομάδα ή αν παρουσίασε απρεπή συμπεριφορά.

Άξιο σημασίας είναι να προσέξουν την διανοητική λειτουργία του παιδιού, αν ανάλογα με την ηλικία του, προσανατολίζεται στο χώρο, στο χρόνο, στα πρόσωπα και αν υπάρχει η δυνατότητα υπολογισμών. Σημαντικό επίσης γεγονός είναι η υπάρχουσα ή μη μνήμη προσφάτων γεγονότων, η κρίση και ικανότητα επίλυσης απλών προβλημάτων.

Χρήσιμο είναι να ελέγχουν την διεργασία της σκέψης του παιδιού, αν δηλαδή παρουσιάζει ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις ή έμμονες ιδέες. Επίσης ελέγχουν την αισθητική λειτουργία του παιδιού, την ικανότητα αναγνώρισης των διαφόρων ερεθισμάτων. Σημαντική είναι και η ικανότητα αναγνώρισης μερών του σώματός του.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο στην εξέταση είναι η κινητική λειτουργία, αν δηλαδή υπάρχει η ικανότητα να πραγματοποιήσει με επιτυχία πράξεις που χρειάζονται δεξιότητες, όταν δεν υπάρχει παράλυση και όταν η ηλικία το επιτρέπει.

Εξετάζουν επίσης την ομιλία. Η εξέτασή της αποτελείται από την εξέταση της ακουστικής αντίληψης, της ικανότητας δηλαδή του παιδιού να αναγνωρίζει, να διατηρεί και να κατανοεί αυτό που ακούει, από την ακουστική έκφραση, της ικανότητας να μιλά και να εκφράζει τις διεργασίες της σκέψης του με λόγια. Βασικό μέρος της εξέτασης αποτελεί και η διαπίστωση ύπαρξης οπτικής αντίληψης, δηλαδή η

ικανότητα να αναγνωρίζει, να διατηρεί και να κατανοεί το γραπτό λόγο, αν βέβαια η ηλικία το επιτρέπει. Κάτι που επίσης προσέχουν είναι η γραπτή έκφραση, η έκφραση δηλαδή των σκέψεων γραπτά, όταν δεν υπάρχουν κινητικές διαταραχές.

B. Προβλήματα που αντιμετωπίζει ο παιδονευρολόγος και νοσηλευτής της νευρολογικής μονάδας.

Τόσο ο γιατρός όσο και ο νοσηλευτής της νευρολογικής μονάδας πρέπει να γνωρίζουν τα πάντα για το άρρωστο παιδί και το περιβάλλον του. Έτσι θα πρέπει να μαζέψουν μέσα από διάφορες ερωτήσεις, πληροφορίες που είναι απαραίτητες για να έχουν πλήρη εικόνα της κατάστασης που αντιμετωπίζουν. Αυτό δεν είναι πάντα εύκολο γιατί τα άτομα που συνοδεύουν το παιδί βρίσκονται σε σύγχυση και δεν αντιδρούν καλά. Στην κατάσταση που βρίσκονται είναι πιθανόν να παραποιήσουν τα πράγματα. Οι ερωτήσεις και οι υποθέσεις που κάνουν για να βγάλουν συμπεράσματα συνήθως είναι:

1. Πώς είναι οι σχέσεις του παιδιού με τους γονείς; Και αν από πρώτη όψη οι γονείς δε φαίνεται να έχουν προβλήματα, ο νοσηλευτής και ο γιατρός δεν πρέπει να εφησυχάζουν αλλά να αναζητούν. Στον ψυχολόγο και παιδοψυχίατρο δεν θα πάνε όλα τα παιδιά. Βασικές συμβουλές θα δίδονται μαζί με τα φάρμακα από τον νοσηλευτή.

2. Ποιες είναι οι αντιδράσεις των γονέων στη διάγνωση; Οι γονείς αντιδρούν με άγχος. Συχνά αναπτύσσουν αισθήματα ενοχής. Πολλές φορές επίσης διαταράσσονται οι σχέσεις μεταξύ των γονέων.

3. Πόσο συνεργάζονται οι γονείς με το γιατρό; Όσο η νόσος ελέγχεται, συνήθως η συνεργασία είναι καλή. Απλοϊκοί γονείς μπορεί να μην παραδέχονται τη διάγνωση, αλλά να αποδίδουν τις κρίσεις του παιδιού σε διάφορα αίτια. Στις περιπτώσεις αυτές παραβλέπουν τη θεραπεία. Άλλοτε πάλι, αρχικά αναπτύσσουν αισθήματα ενοχής. Αργότερα, προβάλλοντας ένα είδος άμυνας, αποδίδουν την αιτία στο περιβάλλον. Έτσι, ο μαιευτήρας, ο παιδίατρος, θεωρούνται σαν υπαίτιοι της νόσου, με αφορμή κάποιο λάθος που τους καταλογίζεται (π.χ. λάθος στη γέννα, μεγάλη δόση εμβολίου). Ακόμα κι ο γιατρός που θεραπεύει την επιληψία, μπορεί να είναι αυτός που προκάλεσε την κατάσταση με τα φάρμακα. Σ' αυτές τις περιπτώσεις,

οι γονείς αναζητούν συχνά θεραπευτική βοήθεια από εξωιατρικές πηγές.

4. Πόσο συνεργάζονται οι γονείς με τον Νοσηλευτή; Η συνεργασία τους είναι αρκετά καλή, εφόσον ο Νοσηλευτής βρίσκεται όλο το 24ωρο κοντά τους δείχνοντας το συνεχές ενδιαφέρον του και τη μεγάλη προθυμία του.

5. Πόσο προστατεύουν οι γονείς το παιδί που έχει επιληπτικές κρίσεις; Συχνά παρατηρείται υπερπροστασία. Υπάρχουν γονείς που προσέχουν το παιδί συνέχεια. Αναπτύσσεται έτσι μια έντονη προσκόλληση γονέων-παιδιών. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις, που οι γονείς αντιδρούν με επιθετικότητα-απορρίπτουν το παιδί. Γονείς μορφωμένοι και με έντονη ενεργητικότητα, μπορεί να παραμελήσουν τη θεραπεία.

6. Ποιες οι σχέσεις του άρρωστου παιδιού με τα αδέρφια του; Με τα υγιή αδέρφια υπάρχουν συχνά προβλήματα. Αυτά είναι τόσο πιο έντονα, όσο η αρρώστια του παιδιού είναι βαρύτερη. Όμως και στις περιπτώσεις που η κατάσταση του παιδιού ελέγχεται πλήρως θεραπευτικά, η προσκόλληση των γονέων σ' αυτό, μπορεί να προκαλέσει αντιδράσεις από τα αδέρφια.

7. Πότε διαταράσσονται περισσότερο οι σχέσεις μεταξύ γονέων και παιδιού με αφορμή τις κρίσεις και που οφείλεται αυτό; Όσο πιο βαριά είναι η περίπτωση, τόσο οι αντιδράσεις των γονέων είναι πιο έντονες. Έχει βρεθεί, πως κυρίως οι αντιδράσεις των γονέων, είναι αυτές που κάνουν το πρόβλημα της συμπεριφοράς του παιδιού ακόμα πιο έντονο.

8. Τι αντιμετωπίζει το παιδί στο σχολείο; Μια προκατάληψη εναντίον της νόσου, κυρίως από δασκάλους και γονείς άλλων παιδιών. Τα άλλα παιδιά, τα ίδια δε σοκάρονται και μπορούν να δείξουν κατανόηση. Μπορεί να εκδηλωθούν φόβοι για «μεταδοτικότητα» ή για ευθύνη από το δάσκαλο. Με μια καλή συνεργασία με το δάσκαλο, μπορούν να ξεπεραστούν οι δυσκολίες αυτές.

9. Τι θα εξηγήσουν στο παιδί για την αρρώστια του; Κυρίως στην ήβη, αλλά καμιά φορά και νωρίτερα, το παιδί προβληματίζεται. Μπορεί να μην το εκφράζει. Όσο καλύτερες είναι οι σχέσεις του με τους γονείς, τόσο ευκολότερα μπορεί να δοθούν εξηγήσεις στο παιδί. Αυτές πρέπει να είναι όσο το δυνατό πιο ρεαλιστικές, ανάλογα πάντα και με την ηλικία του παιδιού. Όσο πιο «φυσιολογικά»

και ρεαλιστικά έχουν δεχθεί οι γονείς τη διάγνωση, τόσο πιο εύκολο είναι να συζητήσουν με το παιδί. Θα του εξηγήσουν ότι χρειάζεται για ένα διάστημα θεραπεία, αλλά ότι θα μπορέσει να ζήσει όπως και οι άλλοι (να σπουδάσει, να κάνει οικογένεια κ.λ.π.). Τα παιδιά είναι αρκετά έξυπνα. Καταλαβαίνουν πως υπάρχει διαφορά με τα άλλα παιδιά. Προσπαθούν να μάθουν τι φάρμακο παίρνουν. Μπορεί να ρωτήσουν το γιατρό όταν πηγαίνουν για έλεγχο. Εάν πάθουν κρίση που προκάλεσε αντιδράσεις στο περιβάλλον, μπορεί να αντιδράσουν κι αυτά δυσάρεστα, εάν δεν είχαν δεχθεί το πρόβλημα τους. Σ' αυτές τις καταστάσεις, όπως και σε κάθε άλλη, που αντιληφθεί ο γιατρός πως το παιδί υποφέρει, πρέπει να ελέγξει τις σχέσεις του με τους γονείς. Εάν το παιδί δεν είχε επισκεφθεί μαζί με τους γονείς ψυχολόγο θα πρέπει γίνει κι αυτό τώρα. Οι γονείς, πρέπει να συμβάλλουν ώστε να ρυθμιστούν οι σχέσεις τους με το παιδί, για να βοηθηθεί αυτό.

Καταλαβαίνουμε ότι ενώ μπορεί να μας φαίνεται εύκολη η συγκέντρωση των πληροφοριών που απαιτούνται, δεν είναι έτσι στην πράξη. Ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει και άλλα προβλήματα, γιατί μπορεί κατά την διάρκεια της παραμονής του παιδιού στην μονάδα να είναι παρών σε ένα ακόμα επιληπτικό επεισόδιο και να χρειαστεί να συγκρατήσει το παιδί και αυτό να μην είναι εύκολο, λόγω ίσως ενδεχόμενης αρνητικής αντίδρασής του, όσο και να δείξει στους γονείς το πώς πρέπει να φερθούν και οι ίδιοι σε τυχόν ανάλογη περίπτωση. Συχνά είναι αυτός που επωμίζεται το μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης ως προς την ενημέρωση των οικείων του παιδιού, όπως επίσης αυτός είναι που ακούει τα παράπονα του ασθενή ή του περιβάλλοντος του, γιατί είναι το πρόσωπο που βλέπουν περισσότερο και αναπτύσσουν άλλου είδους σχέση, από ότι με τον ιατρό.

Γ. Σκοποί Νοσηλευτικής Παρέμβασης σε παιδί με επιληψία

Οι σκοποί της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι μια σειρά ενεργειών- παρατηρήσεων προκειμένου να εφαρμοστούν από τους νοσηλευτές που θα αναλάβουν την φροντίδα των ανηλικών επιληπτικών. Και αφορούν τα εξής :

1. Προστασία του παιδιού από τραυματισμό κατά τη διάρκεια των σπασμών.
2. Ακριβής παρατήρηση και καταγραφή των χαρακτηριστικών του παροξυσμού.

Νοσηλευτική Φροντίδα σε παιδιά με επιληψία.

3. Έλεγχος των σπασμών.

4. Παρακολούθηση του παιδιού για επανεμφάνιση των σπασμών.

5. Μείωση του άγχους του παιδιού κατά τη διάρκεια παραμονής του στο νοσοκομείο.

6. Συγκινησιακή υποστήριξη των γονέων.

7. Διδασκαλία γονέων-παιδιού.

Δ. Εφαρμογή Νοσηλευτικής Παρέμβασης

1. Προστασία του παιδιού από τραυματισμό κατά τη διάρκεια των σπασμών -

Προφυλακτικά μέτρα :

α) Απομάκρυνση σκληρών αντικειμένων από το κρεβάτι

β) Διατήρηση μαλακού σταθερού αντικειμένου για άμεση χρήση στο κομοδίνο.

γ) Κάλυψη των κτυκλιδωμάτων του παιδικού κρεβατιού.

δ) Εξασφάλιση αναρροφητήρα κοντά στο κρεβάτι του παιδιού για αναρρόφηση των εκκρίσεων κατά τη διάρκεια των σπασμών.

ε) Εξασφάλιση οξυγόνου για άμεση χορήγηση σε περίπτωση που το παιδί εμφανίσει απότομα αναπνευστική δυσχέρεια.

Επείγουσες ενέργειες :

α) Απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων από το γύρω χώρο εάν το παιδί δεν βρίσκεται στο κρεβάτι του και υπάρχει πιθανότητα να χτυπήσει.

β) Αποφυγή περιορισμού των κινήσεων του παιδιού, διότι η προσπάθεια περιορισμού μπορεί να τις αυξήσει και σε περίπτωση σπαστικότητας είναι δυνατόν να προκληθεί κάταγμα.

γ) Χαλάρωση των ενδυμάτων γύρω από το λαιμό αν αυτά εμποδίζουν.

δ) Διατήρηση ανοιχτών αεραγωγών με τοποθέτηση του παιδιού σε πλάγια θέση, ώστε να παροχεύεται ο σίελος από το στόμα του.

ε) Τοποθέτηση μαλακού σταθερού αντικειμένου ή αεραγωγού μεταξύ των

δοντιών του για αποφυγή τραυματισμού της γλώσσας και διευκόλυνση της αναπνοής σε περιπτώσεις που οι τονικοκλονικές συσπάσεις εντοπίζονται στο πρόσωπο και στη γνάθο. Ποτέ δεν επιτρέπεται τοποθέτηση αντικειμένου μεταξύ των δοντιών, αν αυτά είναι ήδη σφικτά κλεισμένα.

στ) Τοποθέτηση μικρής διπλωμένης κουβέρτας ή μαξιλαριού κάτω από το κεφάλι για αποφυγή βλάβης σε περίπτωση εμφάνισης σπασμών, όταν το παιδί δεν είναι στο κρεβάτι.

ζ) Αποφυγή χορήγησης οτιδήποτε από το στόμα

η) Τοποθέτηση του παιδιού στο κρεβάτι μετά τον παροξυσμό εάν δεν ήταν στο κρεβάτι.

2. Ακριβής παρατήρηση και καταγραφή των χαρακτηριστικών του παροξυσμού

α) Συμπεριφορά πριν τον παροξυσμό, αύρα.

β) Χρόνος έναρξης-λήξης των σπασμών.

γ) Μέρος του σώματος όπου οι σπασμοί άρχισαν, εάν επεκτάθηκαν ή παρέμεναν εντοπισμένοι και ποια η διάρκεια τους.

δ) Θέση της κεφαλής του κορμιού και των άκρων,

ε) Κινήσεις ματιών και μεταβολές στο μέγεθος της κόρης,

στ) Χρώμα προσώπου και χειλιών.

ζ) Μεταβολή στην αναπνοή.

η) Παρουσία αφρών από το στόμα,

θ) Βαθμός απώλειας συνείδησης κατά τη διάρκεια του παροξυσμού.

ι) Απώλεια ούρων και κοπράνων.

κ) Συμπεριφορά μετά τον παροξυσμό.

3. Έλεγχος των σπασμών

α) Χορήγηση αντισπασμωδικών, μετά από ιατρική εντολή και παρακο-

Νοσηλευτική Φροντίδα σε παιδιά με επιληψία.

λούθηση της αποτελεσματικότητάς τους.

β) Χορήγηση βιταμίνης D και φυλλικού οξέος στα παιδιά που παίρνουν φαινοβαρβιτάλη και/ή φαινοτοΐνη διότι οι ανεπάρκειες και των δύο είναι συνδεδεμένες με τα αντισπασμωδικά αυτά φάρμακα.

γ) Παρακολούθηση για εμφάνιση επιπλοκών από την φαρμακευτική θεραπεία και ενημέρωση του γιατρού.

4. Παρακολούθηση του παιδιού για επανεμφάνιση των σπασμών

α) Τοποθέτηση του παιδιού κατά τρόπο, που είναι δυνατόν να παρακολουθείται στενά.

β) Παρακολούθηση και συχνή καταγραφή των ζωτικών σημείων και αξιολόγηση της νευρολογικής του κατάστασης.

γ) Συχνή επισκόπηση του παιδιού και άμεση αναφορά για μεταβολές στη συμπεριφορά, όπως ερεθιστικότητα, ανησυχία, νωθρότητα.

5. Μείωση του άγχους του παιδιού κατά τη διάρκεια παραμονής του στο νοσοκομείο

α) Η θεραπευτική αξία των αντισπασμωδικών φαρμάκων εάν το παιδί έχει περισσότερο άγχος από εκείνο στο οποίο μπορεί να ανταπεξέλθει.

β) Επεξήγηση των διαγνωστικών εξετάσεων και του θεραπευτικού σχήματος με τρόπο που θα μπορεί να τα καταλάβει. Το παιχνίδι είναι πολύ αποτελεσματικό για να εξηγηθούν ορισμένα πράγματα στα μικρά παιδιά αλλά και μέσω του παιχνιδιού το παιδί μπορεί να εκφράσει τα αισθήματά του. Το μεγαλύτερο παιδί πρέπει να ενθαρρύνεται να υποβάλλει ερωτήσεις και να μιλάει για την εμπειρία του αυτή.

γ) Επιτρέπεται στο παιδί να έχει φυσιολογική δραστηριότητα όσο το δυνατόν.

δ) Παραμονή κοντά στο παιδί κατά τη διάρκεια των σπασμών και ήρεμη διαβεβαίωση του ότι όλα θα πάνε καλά.

ε) Βοήθεια του παιδιού να προσαρμοσθεί στην πραγματικότητα εάν δυσκολεύεται να θυμηθεί το επεισόδιο.

στ) Μεγαλύτερα παιδιά ίσως χρειασθούν βοήθεια για να χειριστούν τα αισθήματα ενοχής και την αμηχανία που νιώθουν εξαιτίας των απωλειών τους και της αδυναμίας ελέγχου του σώματος τους.

ζ) Εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος, εάν οι σπασμοί διήρκεσαν πολλή ώρα.

η) Εξασφάλιση κατάλληλης ψυχαγωγίας ανάλογα με την ηλικία. Τα παιχνίδια πρέπει να είναι τέτοια, ώστε να μην προκληθεί βλάβη κατά τη διάρκεια των σπασμών.

6. Συγκινησιακή υποστήριξη των γονέων

α) Πλήρης περιγραφή των διαφόρων διαγνωστικών εξετάσεων και θεραπειών που γίνονται στο παιδί, όπως ΗΕΓ, πνευμο-εγκεφαλογράφημα, εξετάσεις αίματος, φάρμακα.

β) Πληροφόρηση για τη νόσο. Σημεία έμφασης:

- Η επιληψία δεν είναι μολυσματική. Σπάνια είναι επικίνδυνη και δε σημαίνει τρέλα ή διανοητική καθυστέρηση.
- Τα περισσότερα παιδιά με επιληψία σπάνια εμφανίζουν σπασμούς και με τα φάρμακα μπορούν πλήρως να ελέγχουν τους παροξυσμούς τους.
- Το παιδί μπορεί να έχει φυσιολογική νοημοσύνη και ζήσει χρήσιμη και παραγωγική ζωή.
- Τα φάρμακα δεν επηρεάζουν την πνευματική ικανότητα του παιδιού ή την προσωπικότητα, ούτε το παιδί μπορεί να εθιστεί σε αυτά.
- Είναι αδύνατη η ακριβής πρόβλεψη της πιθανότητας εμφάνισης σπασμών στα αδέλφια του παιδιού.

γ) Παραπομπή της οικογένειας στις κατάλληλες πηγές και υπηρεσίες της κοινότητας.

δ) Παρατήρηση των αντιδράσεων γονέων-παιδιού για διαπίστωση απόρριψης ή υπερπροστασίας. Οι γονείς διαβεβαιώνονται και επαινούνται για τον τρόπο που χειρίζονται το πρόβλημα του παιδιού τους.

ε) Ετοιμασία των γονέων για να επιτευχθεί το κατάλληλο θεραπευτικό αποτέλεσμα ίσως θα χρειαστούν αρκετές εβδομάδες.

7. Διδασκαλία γονέων και παιδιού

α) Βοήθεια των γονέων να προγραμματίσουν τη χορήγηση του φαρμάκου σε ώρες που να διαταράσσεται η ρουτίνα της οικογενειακής ζωής όσο γίνεται λιγότερο. Η πιο κατάλληλη ώρα για χορήγηση του φαρμάκου είναι η ώρα του γεύματος ή του ύπνου. Αν και τα αντισπασμωδικά φάρμακα κυκλοφορούν στο εμπόριο σε υγρά εκχυλίσματα ή γαλακτώματα, τα δισκία προτιμώνται από τους νευρολόγους. Στα μικρά παιδιά τα δισκία της κατάλληλης δόσης συνθλιβονται και χορηγούνται ως σιρόπι, ζελέ ή άλλες εύγευστες ουσίες.

β) Τονισμός της σπουδαιότητας της συμμόρφωσης με την αντισπασμωδική θεραπεία. Μερικές φορές είναι πολύ εύκολο να παραλειφθούν τα φάρμακα για διάφορους λόγους, ειδικά όταν το παιδί είναι ελεύθερο από σπασμούς τον περισσότερο χρόνο. Αυτό μπορεί να συμβεί, ιδιαίτερα όταν το παιδί είναι μεγάλο και αναλαμβάνει την ευθύνη για τη λήψη του φαρμάκου του. Η παράλειψη λήψης του φαρμάκου είναι, πιο συχνή αιτία του Status epilepticus.

γ) Ενημέρωση των γονέων και του παιδιού για τις ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου. Αυτοί πρέπει, να γνωρίζουν τις κοινές ανεπιθύμητες ενέργειες, ώστε να αναφέρουν κάθε ασυνήθιστη εκδήλωση, που ίσως είναι ενδεικτική ανεπιθύμητης αντίδρασης.

δ) Πληροφόρηση των γονέων για την αναγκαιότητα της περιοδικής φυσικής εκτίμησης του παιδιού και των εργαστηριακών εξετάσεων, εάν το παιδί παίρνει φαινοτοϊνη, πριμηδόνη, ώστε να καθοριστούν οι πιθανές, αποκλίσεις από τα φυσιολογικά ευρήματα. Πιθανές ανεπιθύμητες επιδράσεις στο αιμοποιητικό σύστημα, το ήπαρ και το νεφρό μπορεί να εκδηλωθούν με συμπτώματα, όπως πυρετό, πονόλαιμο, διόγκωση λεμφαδένων, ίκτερο και αιμορραγικές εκδηλώσεις, όπως εύκολους μώλωπες, πετέχιες, εκχυμώσεις και επίσταξη.

ε) Ενημέρωση των γονέων για τις πιθανές μεταβολές στη συμπεριφορά του παιδιού, καθώς οι σπασμοί ελέγχονται στα παιδιά που παίρνουν πριμηδόνη,

φαινοβαρβιτάλη ή φαινοτοΐνη. Μεταβολές στην προσωπικότητα, αδιαφορία για τις σχολικές δραστηριότητες και την οικογένεια, υπερδραστηριότητα ή και ψυχωτική συμπεριφορά μπορεί μερικές φορές να παρατηρηθούν.

στ) Ενημέρωση γονέων και παιδιού σχετικά με τις επιτρεπόμενες δραστηριότητες. Ο βαθμός περιορισμού των δραστηριοτήτων είναι εξατομικευμένος για κάθε παιδί και εξαρτάται από τον τόπο, τη συχνότητα και τη βαρύτητα των παροξυσμών, την αντίδραση του παιδιού στη θεραπεία και το χρόνο που οι σπασμοί είναι υπό έλεγχο. Τα παιδιά ενθαρρύνονται να επιδίδονται σε φυσιολογικές, υγιεινές δραστηριότητες η συμμετοχή τους σε ανταγωνιστικά αθλήματα καθορίζεται σε ατομική βάση. Με την κατάλληλη ενθάρρυνση, τα παιδιά μπορούν να αποδεχθούν τους επιβαλλόμενους περιορισμούς. Τα αθλήματα επαφής, όπως ποδόσφαιρο, μπιέζμπολ ή πάλη, πρέπει να αποφεύγονται. Επίσης, δεν πρέπει να επιτρέπεται στα παιδιά να ανεβαίνουν στα δένδρα και σε μηχανήματα που μπορεί να πέσουν και να τραυματιστούν σοβαρά. Ένα καλώς ελεγχόμενο επιληπτικό παιδί μπορεί να οδηγεί ποδήλατο ή να κολυμπά, εάν βρίσκεται κάποιος κοντά του.

ζ) Αποφυγή παραγόντων που επισπεύδουν παροξυσμό. Η διατήρηση του παιδιού σε καλή φυσική κατάσταση, με ιδιαίτερη προσοχή στην κατάσταση των δοντιών του, των ματιών το και στη πρόληψη της λοίμωξης, καθώς και η αποφυγή υπερβολικής κόπωσης, υπερυδάτωσης και υπεραερισμού, πρέπει να τονιστούν ιδιαίτερα.

η) Ενημέρωση του σχολικού νοσηλευτή και δασκάλου για την κατάσταση του παιδιού και τη θεραπεία του, εφόσον το παιδί ενθαρρύνεται να παρακολουθεί κανονικά σχολείο, κατασκήνωση και άλλες φυσιολογικές δραστηριότητες. Αυτοί μπορούν να βοηθήσουν να εξασφαλιστεί η κανονική λήψη του φαρμάκου και να δοθεί οποιαδήποτε ειδική φροντίδα θα χρειασθεί το παιδί. Ο δάσκαλος πρέπει να ενημερωθεί σχετικά με τη φροντίδα του παιδιού κατά τη διάρκεια παροξυσμού, τότε να ενεργεί με ήρεμο τρόπο, για το καλό του παιδιού και για να επηρεάσει θετικά τη στάση των συμμαθητών του.

θ) Παροχή συμβουλών στους γονείς σχετικά με την επείγουσα φροντίδα κατά τη διάρκεια των σπασμών και παρατήρηση σημείων επερχόμενου παροξυσμού και συμπεριφοράς κατά και μετά τον παροξυσμό.

ι) Πληροφόρηση του παιδιού για τη νόσο και τη θεραπεία. Το παιδί παροτρύνεται να υποβάλλει ερωτήσεις, οι οποίες απαντώνται με ειλικρίνεια.

κ) Βοήθεια του μεγαλύτερου παιδιού και του εφήβου να αποκτήσουν την ανεξαρτησία τους. Τους παρέχεται η δυνατότητα να συζητήσουν με το γιατρό σε ιδιαίτερο χώρο, για τη διάγνωση της νόσου τους. Ενθαρρύνονται να νιώσουν υπεύθυνα για τη λήψη των φαρμάκων τους και να χρησιμοποιούν την κρίση τους στην καθημερινή τους ζωή. Επίσης τους παρέχεται βοήθεια, να θέσουν ρεαλιστικούς, εκπαιδευτικούς και επαγγελματικούς στόχους.

Ε. Νοσηλευτική Παρέμβαση στις διαγνωστικές εξετάσεις

Πολυάριθμες διαγνωστικές εξετάσεις και δοκιμασίες γίνονται, μετά τη λήψη του ιστορικού και την κλινική εξέταση του αρρώστου, προκειμένου να επιβεβαιωθεί ή να μελετηθεί περισσότερο ένα νευρολογικό πρόβλημα.

Οι ρόλοι του νοσηλευτή σ' αυτές είναι:

1. Να ετοιμάσει τον άρρωστο και την οικογένεια του με διδασκαλία και ενθάρρυνση πριν από τις εξετάσεις.
2. Να συνοδέψει και ενθαρρύνει τον άρρωστο κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας.
3. Να βοηθήσει το γιατρό κατά τη διάρκεια της εξέτασης.
4. Να κάνει συχνές και προσεκτικές παρατηρήσεις της κατάστασης του αρρώστου μετά την εξέταση.

Ε1. Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα

Κατά την προετοιμασία και την διάρκεια της εξέτασης του Ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος, ευθύνη του νοσηλευτή είναι:

- ✓ Η ενημέρωση του παιδιού και της οικογένειας με λόγια κατανοητά για το σκοπό του ΗΕΓραφήματος, τη διάρκεια, και τον τρόπο με τον οποίο θα εκτελεστεί.
- ✓ Η ενθάρρυνση του αρρώστου για τους φόβους που μπορεί να έχει πριν από την εξέταση καθώς επίσης και της οικογένειας του.

- ✓ Ο καθαρισμός της κεφαλής για να τοποθετηθούν τα ειδικά ηλεκτρόδια.
- ✓ Η χορήγηση κατευναστικού φαρμάκου (σε ορισμένες περιπτώσεις) κατόπιν οδηγίας από το θεράποντα ιατρό.
- ✓ Η τοποθέτηση του παιδιού κατά την λήψη του ΗΕΓ σε αναπαυτική θέση σε ειδική καρέκλα ή να είναι ξαπλωμένο στο κρεβάτι για 20 λεπτά.

Ε2. Αξονική Τομογραφία

Η αξονική τομογραφία όπως και η μαγνητική, επιτυγχάνει λήψεις ακτινογραφιών σε πολύ μικρά τμήματα του εγκεφάλου. Δεν υπάρχει κάποια ιδιαίτερη δυσκολία στην διεξαγωγή της εξέτασης αυτής αλλά και εδώ ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για ορισμένες ενέργειες που είναι:

- ✓ Η ενημέρωση του παιδιού και των γονέων για το είδος, τον τρόπο και τη διάρκεια της εξέτασης.
- ✓ Η ενθάρρυνση του παιδιού, για τους φόβους που μπορεί να έχει πριν από την εξέταση, καθώς επίσης και της οικογένειας του.
- ✓ Το να κάνει κάποιες συστάσεις τόσο στο παιδί όσο και την οικογένεια, όπως το ότι πρέπει να μείνει νηστικό πριν από την εξέταση.
- ✓ Η συνοδεία του παιδιού στην αίθουσα που θα γίνει η εξέταση και το να είναι κοντά του σ' όλη τη διάρκεια της δοκιμασίας.
- ✓ Μετά την εξέταση, η παρακολούθηση του παιδιού για τυχόν εμφάνιση αναφυλακτικών αντιδράσεων ή παρενέργειες από το σκιαγραφικό.

Οι πληροφορίες που αναφέρονται σε αυτό το κεφάλαιο, αφορούν τους στοιχειώδεις κανόνες που ακολουθούν οι νοσηλευτές σύμφωνα με τα πρότυπα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και που πραγματικά ακολουθούνται κατά την περίθαλψη επιληπτικού παιδιού στην πράξη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

A. Περιγραφή πρώτου περιστατικού

Παρακάτω αναφέρουμε μια περίπτωση παιδιού που παρουσιάζει επιληπτικές κρίσεις. Το οποίο γνώρισα στην ιδιωτικόπολυκλινική “ΟΛΥΜΠΙΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ” (ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ).

Δημογραφικά στοιχεία παιδιού:

ΟΝΟΜΑ/ΕΠΩΝΥΜΟ	I. B.	Ημερομηνία εισαγωγής:10/7/2006
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	T. B.	Ημερομηνία εξόδου : 11/7/2006
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	A. M.	Αιτία εισόδου :
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	3/7/1992	Εστιακές επιληπτικές κρίσεις
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΦΙΛΙΠΠΟΥΠΟΛΗ-ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΛΑΜΙΑ	
ΦΥΛΟ	ΘΗΛΥ	
ΘΡΗΣΚΕΙΑ	X. O.	

Οικογενειακή κατάσταση: Ο πατέρας εργάζεται σ' ένα εργοστάσιο με είδη υγιεινής και είναι 30 ετών και η μητέρα ετών 29 εργάζεται ως κοπτοράπτρια στο σπίτι. Υπάρχει μεγαλύτερη αδελφή 10 ετών χωρίς συμπτώματα της νόσου. Οι γονείς πριν την εμφάνιση της νόσου στο παιδί τους, ζούσαν και εργαζόταν στην Ελλάδα, ενώ τα παιδιά βρισκόταν στην Βουλγαρία επί την προστασία της γιαγιάς τους.

A1. Ιστορικό της νόσου

Στις 20-2-2006 γύρω στις 9:30 το βράδυ ενώ η μικρή είχε πάει για ύπνο, η γιαγιά παρατήρησε μετά από μία ώρα πως το παιδί κουνούσε το αριστερό άνω και κάτω άκρο, υπήρχε έλξη της αριστερής γωνίας του στόματος και ανοιγόκλεινε τον αριστερό οφθαλμό. Το επεισόδιο διήρκησε 2' περίπου. Στην συνέχεια το παιδί ένιωσε

αρκετά κουρασμένο και ξανακοιμήθηκε. Παρουσίασε παρόμοια επεισόδια, ένα στις 10-5-2006, ένα στις 25-5-2006 και ένα στις 8-6-2006. Η γιαγιά της μικρής ανησύχησε και ειδοποίησε τους γονείς της που βρισκόταν στην Ελλάδα για την κατάσταση του παιδιού και πως πρέπει να επιστρέψουν επειγόντως στη Βουλγαρία. Οι γονείς του παιδιού πήγαν στη Βουλγαρία όπου και επισκέφθηκαν εκεί ένα νευρολόγο, ο οποίος μετά από ΗΕΓραφικό έλεγχο διαπίστωσε πως το παιδί πάσχει από επιληψία. Όπως όμως ισχυρίζεται η μητέρα, ο γιατρός αυτός της συνέστησε φαρμακευτική αγωγή με Pirotil αλλά η ίδια δεν το χορήγησε στο παιδί της. Παρουσίασε άλλα δύο επεισόδια τα οποία κι αυτά συνέβησαν στον ύπνο και ήταν διάρκεια 2'. Έτσι μια εβδομάδα μετά από την τελευταία κρίση προσέρχονται στη νευρολογική κλινική του Ιδιωτικού Νοσοκομείου «ΟΛΥΜΠΙΟΝ» για περαιτέρω έλεγχο.

A2. Εργαστηριακές εξετάσεις

Οι εργαστηριακές εξετάσεις (αιματολογικές και βιοχημικές) ήταν φυσιολογικές, χωρίς κάποια ένδειξη που να ανησυχεί τους γιατρούς. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα έδειξε εστιακή δυσρυθμία (στα αριστερά).

A3. Φαρμακευτική αγωγή

Το μόνο φάρμακο που χορηγείται στο παιδί κατά τη διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο είναι το Tegretol (καρβαμαζεπίνη) 2 tabl (Peros) των 100 mg ημερησίως.

A4. Πορεία νόσου

Το παιδί παρέμεινε στη Νευρολογική κλινική του νοσοκομείου χωρίς να παρουσιάσει σοβαρές διαταραχές και κανένα επεισόδιο εστιακών επιληπτικών σπασμών. Η παραμονή του στην κλινική στηρίζεται περισσότερο στο διαγνωστικό έλεγχο για την εντόπιση και εξακρίβωση της βλάβης και συγχρόνως την εφαρμογή της θεραπευτικής του αγωγής. Έχει άμεση ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη, γεγονός σημαντικό για την ομαλή πορεία της παραμονής του στο νοσοκομείο όσο και για την επίλυση τυχόν ψυχολογικών προβλημάτων.

A5. Οδηγίες για μετά την έξοδο από το νοσοκομείο

- Συνέχιση της χορήγησης του φαρμάκου Tefretol σε δόση 100mg X2 Peros.
- Σε 10 ημέρες επανεκτίμηση και εργαστηριακός έλεγχος: Γενική αίματος τρανσαμινάσες και έλεγχος των επιπέδων του φαρμάκου (Tegretol) στο αίμα. Επανάληψη του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (ΗΕΓ) καθώς επίσης και αξονική τομογραφία εγκεφάλου.
- Συνεχής παρακολούθηση του παιδιού στο σπίτι από τους γονείς για αποφυγή τυχόν τραυματισμού κατά τη διάρκεια της επιληπτικής κρίσης. Ενημέρωση αυτών για τη σπουδαιότητα της τήρησης των προφυλακτικών μέτρων.
- Τέλος, δίνονται χρήσιμες οδηγίες στους γονείς για το πώς πρέπει να αντιμετωπίσουν μια κρίση καθώς επίσης και τηλέφωνα του θεράποντα ιατρού και του νοσηλευτή έτσι ώστε να βρίσκονται σε συνεχή επικοινωνία.

Τόσο σε αυτή την περίπτωση περίθαλψης επιληπτικού παιδιού, όσο και στην επόμενη που ακολουθεί, μετά την έξοδο από την κλινική, δεν υπήρξαν νέα του παιδιού ή της οικογένειάς του. Αφού δόθηκε η αγωγή και οι κατάλληλες συστάσεις σχετικά με την τούδε και εξής κατάσταση του παιδιού, υποθέτουμε ότι το παιδί συνεχίζει την αγωγή του και μπορεί σε οποιοδήποτε νοσοκομείο ή κλινική να ελέγχει την εξέλιξη της ασθένειάς του και φυσικά από οποιοδήποτε ιατρό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Τα δυο αυτά περιστατικά περίθαλψης επιληπτικών παιδιών, που αναφέρω σε αυτό το κεφάλαιο, δεν αφορούν κάποια έρευνα που έκανα, αλλά απλά προσωπική εμπειρία-παρατήρηση. Είχα την ευκαιρία, λόγω ενός φίλου ιατρού που εργάζεται σε αυτήν την πολυκλινική-θεραπευτήριο να βρεθώ για λίγο κοντά σε αυτά τα παιδιά και την οικογένειά τους, ώστε να καταλάβω κάποια πράγματα, που ως τώρα άκουγα μόνο θεωρητικά.

Νοσηλευτική Φροντίδα σε παιδιά με επιληψία.

B. Περιγραφή δεύτερου περιστατικού

Παρακάτω αναφέρουμε άλλη περίπτωση παιδιού που παρουσιάζει επιληπτικές κρίσεις. Το οποίο γνώρισα στην ιδιωτική πολυκλινική “ΟΛΥΜΠΙΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ” (ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ).

Δημογραφικά στοιχεία παιδιού

ΟΝΟΜΑ/ΕΠΩΝΥΜΟ	Μ. Γ.	Ημερομηνία εισαγωγής: 6/12/2006
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	Δ	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	Ε	Ημερομηνία εξόδου : 7/12/2006
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	8/6/1993	
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΑΘΗΝΑ	Αιτία εισόδου : Παιδική αφαιρετική επιληψία
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΑΘΗΝΑ	
ΦΥΛΛΟ	ΑΡΡΕΝ	
ΘΡΗΣΚΕΙΑ	Χ. Ο.	

Οικογενειακή κατάσταση: Ο πατέρας είναι 37 ετών και εργάζεται ως δημόσιος υπάλληλος, η μητέρα είναι 32 ετών και εργάζεται ως ιδιωτική υπάλληλος. Στην οικογένεια δεν υπάρχουν άλλα παιδιά.

B1. Ιστορικό της νόσου

Τον τελευταίο καιρό σύμφωνα με τον ισχυρισμό των γονέων, το παιδί παρουσίαζε επεισόδια που συνίστανται σε αιφνίδια απώλεια της συνείδησης, στροφή των βολβών προς τα άνω, κάποιες φορές συνδυαζόμενα με κλονικές κινήσεις των βλεφάρων ή ασυγχρόνιστες κινήσεις. Η έναρξη των επεισοδίων καθώς και η διακοπή τους ήταν αιφνίδια. Η διάρκεια τους ήταν 10-15 sec ο δε αριθμός τους 3-4 επεισόδια την ημέρα.

B2. Εργαστηριακές εξετάσεις

Οι εργαστηριακές εξετάσεις (αιματολογικές και βιοχημικές) ήταν φυσιολογικές, χωρίς κάποια ένδειξη που να ανησυχεί τους γιατρούς. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα έδειξε τυπικές γενικευμένες εκφορτίσεις.

B3. Φαρμακευτική αγωγή

Κατά την διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο, του χορηγήθηκε Βαλπροϊκό νάτριο (Depakine) 2 tabl (Per os) των 300mg ημερησίως.

B4. Πορεία νόσου

Η κατάσταση του παιδιού κατά την διάρκεια της παραμονής του στην κλινική παρέμεινε σταθερή. Παρουσίασε μετά από ξύπνημα δύο αφαιρετικά επεισόδια τα οποία συνοδεύονταν με στροφή των βολβών προς τα άνω, σε συνδυασμό με κλονικές κινήσεις των βλεφάρων διάρκειας 5-20 sec. Ο σκοπός της παραμονής του παιδιού στην κλινική ήταν να διαγνωστούν, να αντιμετωπιστούν και να περιοριστούν τα επικείμενα επιληπτικά επεισόδια όσο το δυνατόν καλύτερα, με το ανάλογο θεραπευτικό σχήμα.

B5. Οδηγίες για μετά την έξοδο από το νοσοκομείο

- Χρόνια αντισπασμωδική θεραπεία με Βαλπροϊκό νάτριο (Depakine) σε τελική δόση (Depakine) 2 tabl (Per os) των 300mg ημερησίως.
- Μετά από ένα μήνα. Επανεκτίμηση της κατάστασης του παιδιού και επαναληπτικός εργαστηριακός έλεγχος.
- Συνεχής παρακολούθηση του παιδιού στο σπίτι από τους γονείς για αποφυγή τυχόν τραυματισμού κατά τη διάρκεια της επιληπτικής κρίσης. Ενημέρωση αυτών για τη σπουδαιότητα της τήρησης των προφυλακτικών μέτρων.
- Τέλος, δίνονται χρήσιμες οδηγίες στους γονείς για το πως πρέπει να αντιμετωπίσουν μια κρίση καθώς επίσης και τηλέφωνα του θεράποντα ιατρού και του νοσηλευτή έτσι ώστε να βρίσκονται σε συνεχή επικοινωνία.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Συμπερασματικά περί επιληψίας ανηλίκων

Μπορούμε να πούμε ότι η υπόθεση εργασίας μας, για το αν υπάρχει τελικά νοσηλευτική φροντίδα για ανήλικους, επαληθεύτηκε. Υπάρχει και δίνεται, γιατί οι νοσηλευτές είναι οι άνθρωποι με τους οποίους τόσο το επληπτικό παιδί, όσο και η οικογένεια του έχουν άμεση επαφή και δεδομένης της εξέλιξης της νοσηλευτικής επιστήμης οι πάσχοντες παίρνουν εξειδικευμένη φροντίδα πλέον και προσαρμοσμένη ανάλογα την περίπτωση του παιδιού, που όπως έχουμε αναφέρει στο κυρίως σώμα της εργασίας, χρήζει ιδιαίτερης αντιμετώπισης, για αυτόν τον λόγο, για το ότι είναι παιδί και πρέπει να φερθούμε διαφορετικά από ότι σε έναν ενήλικα.

Η επιληψία είναι μια ασθένεια με πολλές αιτιολογίες .Οποιαδήποτε κατάσταση μπορεί να επηρεάσει την κανονική λειτουργία των νευρώνων μπορεί να προκαλέσει επιληψία. Μια βλάβη στον εγκέφαλο από τραύμα, αιμορραγία, λοίμωξη, ή και όποια άλλη ασθένεια ή ακόμα λόγω ανώμαλης ανάπτυξης του εγκεφάλου, μπορεί να οδηγήσει σε επιληψία. Η επιληψία δεν είναι κληρονομική, αλλά όταν ένας από τους γονείς ή στενούς συγγενείς, έχει επιληψία, τότε το παιδί έχει λίγο μεγαλύτερη πιθανότητα, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό να παρουσιάσει επιληψία. Με την πρώτη υποψία της επιληψίας θα πρέπει κανείς να συμβουλευτεί το γιατρό του.

Περισσότερο από το 80% των επληπτικών μπορούν να επιτύχουν πλήρη ή μερικό έλεγχο των κρίσεων με φάρμακα, εφόσον γίνει η σωστή διάγνωση. Οποιαδήποτε και αν είναι η αιτία, υπολογίζεται ότι περίπου 50 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από αυτή. Η μέση αναλογία της ενεργού επιληψίας (δηλ. συνεχιζόμενες επληπτικές κρίσεις και ανάγκη θεραπείας) είναι περίπου 7 ανά 1000 άτομα του γενικού πληθυσμού. Το 80% των ατόμων με επιληψία στις αναπτυσσόμενες χώρες δεν λαμβάνει καμία αντιεπληπτική αγωγή. Στην Ελλάδα υπάρχουν περίπου 100.000 άτομα με επιληψία.

Δεδομένου ότι η επιληψία ελέγχεται σε μεγάλο βαθμό με τα φάρμακα, η ζωή του ασθενούς δεν επηρεάζεται σημαντικά. Όταν όμως πρόκειται για ανήλικους ασθενείς τα δεδομένα διαφοροποιούνται λίγο, αυτό συμβαίνει διότι τα παιδιά δεν κατανοούν τι τους συμβαίνει και επηρεάζεται η καθημερινή τους ζωή και φυσικά η ζωή της οικογένειας. Με τις σωστές συμβουλές και καθοδήγηση από ιατρούς και παιδοψυχολόγους η καθημερινότητά τους επανέρχεται σε φυσιολογικούς ρυθμούς.

Σε αρκετές περιπτώσεις ιδιαίτερα σε παιδιά αλλά και σε ενήλικες ασθενείς, αναπτύσσονται προβλήματα συναισθηματικά και συμπεριφοράς. Οι καταστάσεις αυτές αναπτύσσονται σαν αποτέλεσμα της αμηχανίας και της απογοήτευσης που νοιώθουν οι ασθενείς μπροστά στην ασθένεια αυτή. Οι κοινωνικές επιπτώσεις που μπορούν να έχουν οι ενδεχόμενες επιληπτικές κρίσεις επιδεινώνουν την συναισθηματική κατάσταση. Στο σχολείο οι συμμαθητές μπορεί να ενοχλούν ή και να πειράζουν τα παιδιά που πάσχουν και δεν είναι σπάνιες οι φορές που αυτά μπορεί να θέλουν να αποφύγουν το σχολείο για αυτούς τους λόγους.

Η πρόγνωση των επιληψιών στα παιδιά είναι καλή, μια που το 80% τελικά θα απαλλαγεί από τις κρίσεις. Βασικός στόχος των επιληπτογόνων είναι η αναβάθμιση της ποιότητας της ζωής των ατόμων με επιληψία, με την ανακάλυψη αποτελεσματικών αντιεπιληπτικών φαρμάκων με λίγες ανεπιθύμητες ενέργειες, ιδίως όσον αφορά στις γνωστικές λειτουργίες. Παρόλα αυτά ένα ποσοστό μικρότερο του 15% αυτών που θα πάρουν χρόνια φαρμακευτική αγωγή, παρουσιάζει ανθεκτικές στη θεραπεία κρίσεις και μπορεί να ωφεληθεί από την χειρουργική παρέμβαση.

Οι επιστήμονες μελετούν για να αναπτύξουν νέα αντιεπιληπτικά φάρμακα με στόχο να βελτιώσουν την θεραπεία για την επιληψία. Σήμερα γίνονται διάφορες έρευνες που σκοπό έχουν να διαλευκάνουν καλύτερα με ποιο τρόπο οι χημικές ουσίες μεταβιβάζουν τους ερεθισμούς από το ένα νευρικό κύτταρο στο άλλο. Ένας άλλος τομέας στον οποίο γίνεται έρευνα είναι η αναγνώριση των γονιδίων που μπορούν να επηρεάσουν την επιληψία. Οι πληροφορίες αυτές θα επιτρέψουν την πρόληψη της επιληψίας και θα βοηθήσουν στην επιλογή καλύτερης θεραπείας. Διάφορες άλλες μορφές θεραπείας δοκιμάζονται από τους γιατρούς για την αντιμετώπιση της επιληψίας και γίνονται προσπάθειες για την δημιουργία μιας συσκευής η οποία θα μπορεί να προβλέπει τους σπασμούς 3 λεπτά προτού εκδηλωθούν.

Κλείνοντας λοιπόν αυτήν την εργασία, να τονίσουμε ιδιαίτερα ότι η καλή συνεργασία μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού (περισσότερο) προσωπικού με την οικογένεια και το παιδί που νοσεί είναι ζωτικής σημασίας για την υγεία του παιδιού, τόσο την σωματική, όσο και ίσως λίγο παραπάνω, την ψυχική του υγεία. Ελπίζουμε και ευχόμαστε η τεράστια τεχνολογική πρόοδος και η ραγδαία τεχνολογική εξέλιξη να απαλλάξει τα παιδιά και το περιβάλλον τους από την επιληψία. Πιστεύουμε πραγματικά πως αξίζει να μοιραστεί κανείς με αυτά τα παιδιά ότι η ζωή με αυτήν την

ασθένεια δεν είναι μόνο γεμάτη πόνο, δυστυχία και απελπισία, αλλά και από άλλα θαυμάσια, φανταστικά, σπουδαία και απολαυστικά πράγματα που συμβαίνουν την ίδια στιγμή και δεν αξίζει να τα χάνει κάποιος, πόσο μάλλον ένα παιδί. Αξίζει να ελαφρώσει κανείς το ψυχικό βάρος των παιδιών και των οικείων του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

HARRISON Εσωτερική παθολογία επιμέλεια-μετάφραση:
ΠΑΠΑΝΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Θ.-ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Π., Τόμος 37 έκδοση
12η, εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ ΓΡ., Αθήνα 1995

LINSAY/BONE/CALLANDER. Νευρολογία και νευροχειρουργική εικονογραφημένη
επιμέλεια-μετάφραση: ΖΗΣ Β.-ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Κ.,- ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Π. επιστ.
Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ ΓΡ. Αθήνα 1999

ΓΙΟΥΡΟΥΚΟΣ Κ, Εφηβεία κα επιληψία, <http://www.in.gr/iatrikionline.html>
29/9/2006

ΓΚΟΥΝΤΙΑ Ευδοξία, Τι είναι η επιληψία, Novartis,
<http://www.specialeducation.gr/print.php?sid=45> 20/8/2007

ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Ι. Χρήσιμοι ιατρικοί όροι, Παγκόσμια οργάνωση υγείας,
<http://www3.who.int/whois/menu.cfm>

ΚΑΖΗΣ ΑΡ. Θεραπεία της επιληψίας, έκδοση 1η, εκδόσεις, UNIVERSITY STUDIO
PRESS Θεσσαλονίκη 1987

ΠΑΝΟΥ Μ. Παιδιατρική Νοσηλευτική, έκδοση 1η, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1994

ΠΑΝΤΕΛΙΑΔΗΣ Χ. Σπασμοί και επιληψίες της παιδικής ηλικίας, έκδοση 2η,
εκδόσεις ΠΑΧΟΥΛΗ - ΓΙΑΠΟΥΛΗ. Θεσσαλονίκη 1987

ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ε, Νευρολογία, έκδοση 2η. εκδόσεις ΑΡΓΥΡΟΥ Ν. Αθήνα 2001

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Α. Θεραπεία της επιληψίας, Ελληνική Εθνική Ένωση κατά της
Επιληψίας, <http://www.epilepsv-grecce.com/diagnosis.html> 21/8/2007

ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΥ Γ. Βασική Νοσηλευτική, , εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1996.

Νοσηλευτική Φροντίδα σε παιδιά με επιληψία.

ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α Παθολογική και χειρουργική, Νοσηλευτική-Νοσηλευτικές διαδικασίες», τόμος 1, έκδοση 5η, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1996

ΣΙΑΜΟΥΛΗΣ Κ. Επιληψία-Επιδημιολογία-γενετική-αναπαραγωγή, έκδοση 2η, εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS Θεσσαλονίκη 1990

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή αναφέρεται σε μια από τις πιο κοινές και σοβαρές νευρολογικές παθήσεις του εγκεφάλου, την επιληψία. Συγκεκριμένα στην φροντίδα που προσφέρεται από τους νοσηλευτές, σε έναν ιδιαίτερης προσοχής και αντιμετώπισης πληθυσμό, τα ανήλικα που πάσχουν από αυτήν την ασθένεια. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στα είδη της επιληψίας που υπάρχουν, στα συμπτώματα, καθώς και στην επιδημιολογία αυτής της νόσου, ώστε να κατανοήσουμε όσο το δυνατόν καλύτερα για τι μιλάμε.

Εξετάζεται εκτενέστερα το πώς γίνεται η διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας στα παιδιά, το πώς αντιδρούν στην διάγνωση της επιληψίας, τόσο τα παιδιά, όσο και οι γονείς. Επίσης ποιες είναι οι επιπτώσεις της επιληψίας στην καθημερινότητα του παιδιού, την ζωή του στο σχολείο και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του, καθώς και στην ψυχική του υγεία.

Επίσης γίνεται μια προσπάθεια παρουσίασης του ρόλου του νοσηλευτή σε αυτήν την ασθένεια, την γενικευμένη φροντίδα που προσφέρει, τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, από το παιδί και το περιβάλλον του και την συμβολή του στην εκάστοτε διαφορετική περίπτωση περίθαλψης επιληπτικού παιδιού. Ειδικότερα αναφέρονται οι σκοποί της νοσηλευτικής παρέμβασης σε παιδί με επιληψία και το πώς εφαρμόζονται στην πράξη.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΓΛΩΣΣΑΡΙ-ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΟΡΩΝ

Αυτοματοποιημένη συμπεριφορά: η αυτόματη εκτέλεση κινήσεων ή λειτουργιών από τον άνθρωπο, χωρίς ο ίδιος να τις έχει συνειδητοποιήσει / η μηχανική κίνηση, επακόλουθο. Ο τρόπος συμπεριφοράς που αναπτύσσεται πάντα με τον ίδιο τρόπο, χωρίς σημαντικές αποκλίσεις από το αναμενόμενο και διαφορετικά κάθε φορά χαρακτηριστικά.

Αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα: Ο χαρακτήρας που έχει επικρατήσει ως ο πιο ισχυρός στα γονίδια. Αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα έχουν εκείνα τα χαρακτηριστικά που εκδηλώνονται και στα ομόζυγα άτομα (αα) και στα ετερόζυγα (Αα), τα οποία έχουν κληρονομήσει ένα αλληλόμορφο από κάθε γονέα.

Βραδυψυχισμός: Διαταραχή του συναισθήματος και της συμπεριφοράς, συνοδεύεται στις περισσότερες περιπτώσεις από κατάθλιψη, απάθεια, άνοια. Έντονο χαρακτηριστικό του, η δυσχέρεια προσαρμογής του πάσχοντος στο περιβάλλον του.

Εξεργασία: το δούλεμα ενός υλικού, μιας μελέτης, η επεξεργασία.

Επιδημιολογία: ο ιατρικός κλάδος που ασχολείται με την μελέτη των επιδημιών.

Επιδημιολογική μελέτη: Η μελέτη των χαρακτηριστικών και στατιστικών στοιχείων που αφορούν σε μια ασθένεια, νόσο, ανεπιθύμητες ενέργειες σε φάρμακα, παθολογικές αντιδράσεις κ.τ.λ. σε επίπεδο πληθυσμού, χρησιμοποιώντας ικανό δείγμα ατόμων.

Επιληψία: η ασθένεια κατά την εκδήλωσή της οποίας ο ασθενής χάνει τις αισθήσεις του και παθαίνει σπασμούς.

Επιπλεγμένοι: μπερδεμένοι, είτε με άλλες ασθένειες, που ίσως υπάρχουν στον

Νοσηλευτική Φροντίδα σε παιδιά με επιληψία.

οργανισμό του ασθενούς, είτε οι ίδιοι είναι από μόνοι τους μπερδεμένοι.

Επιτολασμός: επιφανειακός, δηλαδή σε ένα ποσοστό ανθρώπων με μια επιτόλαια ίσως επιφανειακή μελέτη να βγούν κάποια συμπεράσματα για κάτι, κυρίως για ιατρικό θέμα, ή νόσο.

Επίπτωση: αυτό που ακολουθεί ως προϊόν προηγηθεισών ενεργειών.

Ηλεκτροεγκεφαλογραφία: η καταγραφή με ειδικό όργανο των ηλεκτρικών δυναμικών που παράγονται από τον εγκέφαλο, δηλαδή της ηλεκτρικής δραστηριότητας.

Ημιζωή: Ονομάζεται και χρόνος υποδιπλασιασμού ή ημίσεια ζωή. Είναι ο χρόνος που απαιτείται για να μεταβληθεί ένα φαινόμενο κατά 50% σε σχέση με την αρχική του τιμή.

Κληρονομική ασθένεια: η ασθένεια που υπάρχει σε όλα τα μέλη μιας οικογένειας και μεταδίδεται από τους γονείς ή τους προγόνους. Η ασθένεια που μεταβιβάζεται στα άτομα από γενιά σε γενιά. Δεν είναι απαραίτητο να εμφανιστεί σε δυο διαδοχικές γενιές, αλλά μπορεί να ελλοχεύει στο γενετικό υλικό του ατόμου και να μεταδοθεί σε άτομο της επόμενης γενιάς, οπότε και να φανεί στο φαινότυπό του.

Νευροακτινολογικός έλεγχος: η απεικόνιση των νευρών του ανθρώπινου σώματος με την βοήθεια των ακτίνων X και σκιαγραφικού μέσου.

Νευρώνας: τύπος διαφοροποιημένου κυττάρου που αποτελεί τη λειτουργική μονάδα του νευρικού συστήματος, το νευρικό κύτταρο..

Νοσηλευτική: το επάγγελμα του νοσηλευτή, η τέχνη και η επιστήμη της ιατροφαρμακευτικής περιθάλψεως και περιποίησης των ασθενών, σύμφωνα με τις οδηγίες των ειδικών ιατρών.

Νοσηρότητα: η κατάσταση ελλείψεως υγείας, ευεξίας και δύναμης στον οργανικό,

Νοσηλευτική Φροντίδα σε παιδιά με επιληψία.

ψυχικό, ή ηθικό τομέα / η ροπή προς την ασθένεια

Οικογενής προδιάθεση: Αναφέρεται στην προδιάθεση που μπορεί να παρουσιάζουν κάποια άτομα στο να αναπτύξουν μια συγκεκριμένη πάθηση και να νοσήσουν, η οποία έχει κληρονομικό χαρακτήρα και εμφανίζεται με το πέρας των γενεών. Τα άτομα με οικογενή προδιάθεση οφείλουν να προσέχουν περισσότερο για την ανάπτυξη της νόσου είτε αν κάποιο μέλος της οικογένειας νοσεί ήδη, είτε όχι.

Ουδός: η ελάχιστη τιμή της ισχύος ενός ερεθίσματος, που αρκεί για να προκαλέσει διέγερση ή συγκεκριμένο αίσθημα (π.χ. η ελάχιστη ένταση ακουστικού ερεθίσματος, που μπορεί να γίνει αντιληπτό από το αυτί).

Παρακλινικές εξετάσεις: Είναι όλες οι εξετάσεις που δεν πραγματοποιούνται μέσα στην κλινική κατά την κλινική εξέταση από τον ιατρό και περιλαμβάνουν τον εργαστηριακό έλεγχο των δειγμάτων που λαμβάνονται από τον ασθενή όπως βιοχημικές εξετάσεις αίματος και ούρων, εξετάσεις ορμονών και αντισωμάτων, δεικτών καρκίνου καθώς και μικροβιολογικό έλεγχο.

Στερεοταξικές συνθήκες: Οι συνθήκες που ένα σώμα παρουσιάζει σταθερότητα και όγκο και περικλείεται από σαφώς καθορισμένες επιφάνειες.

Φαία ουσία: η μία από τις δύο ουσίες που βρίσκονται στον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό.