

Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение Свердловской области «Екатеринбургская школа № 8,  
реализующая адаптированные основные общеобразовательные программы»  
Территориальная психолого-медико-психолого-педагогическая комиссия

## **Эпилепсия. Особенности в детском возрасте.**

Информация для педагогов и родителей.

**Составитель Шапиро Т.В., врач-психиатр**

**Екатеринбург-2022**

## Особенности эпилепсии в детском возрасте

### Определение

Эпилепсия - хронически текущее нервно-психическое заболевание, которое проявляется двумя группами симптомов – **припадками** (пароксизмальными расстройствами) и **психическими нарушениями**.

Для данной болезни характерны медицинские, психологические и социальные последствия.

### Частота

Эпилепсия – одно из самых распространенных заболеваний. По мнению большинства исследователей, заболевание начинается в детском и юношеском возрасте (**у 5-7 детей до 16 лет из 1000**) и с каждым годом становится все распространеннее.

По данным В. Леннокс, 1960 г. в 77% случаев заболевание начинается до 20-летнего возраста

С одинаковой частотой поражает мужчин и женщин.

### Причины

Причины эпилепсии во многом неясны и спорны. Чаще болезнь возникает из-за сочетания **внутренних** (генетических, наследственных, наличие различных болезней, травм, вредных привычек матери во время беременности и пр.) и **внешних факторов** (черепно-мозговые родовые и бытовые травмы, инфекции нервной системы, особенно в раннем возрасте, патология родов и др., приводящие к органическим поражениям головного мозга). Вероятнее всего, наследуется не само заболевание, а предрасположение к нему.

Выделяют криптогенную эпилепсию, при которой не выявляются характерные изменения на энцефалограмме.

### Механизмы

Механизм возникновения эпилепсии сложен. Центральное место отводится **повышенной активности клеток головного мозга и формированию эпилептического очага**.

Импulseция, исходящая из нейронов эпилептического очага, может вызывать возникновение вторичных, третичных очагов, что становятся одним из факторов нарастания процесса, обуславливающего разнообразие припадков и возникновение различных психических расстройств.

**Эпилептический очаг дезорганизует координаторную деятельность головного мозга.**

Чаще всего очаг локализуется в подкорковых образованиях и в височных долях больших полушарий головного мозга.

**В детском возрасте имеется нервная система незрелая, имеет ряд физиологических особенностей, способствующих возникновению излишней активности и распространению разрядов.**

К их числу относят **недостаточную миелинизацию нервных волокон и более высокую проницаемость клеточных мембран** (миелин-оболочка нейрона, которая изолирует отростки нервных волокон друг от друга, чем обеспечивает нераспространение нервного импульса на другие нейроны).

К другим малоспецифичным механизмам прежде всего относятся различные нарушения метаболизма: расстройства белково-азотистого обмена, нарушение водно-солевого обмена и нейроэндокринного баланса (снижение содержания норадреналина и серотонина, нарушение функции коры надпочечников и др.).

## Классификация

Разнообразие причин, клинических проявлений заболевания (часто у одного и того же больного) создает трудности для систематики эпилепсии. В настоящее время действует Международная классификация болезней 10 пересмотра, где учтены тип припадков, причины, локализация, возраст.

## Клиника

Клиника заболевания складывается из **припадков** и специфических, в той или иной степени, **изменений психики**.

Эпилептические припадки характеризуются:

- 1). внезапностью возникновения и прекращения;
- 2). относительной кратковременностью
- 3). стереотипностью (т.е. с тенденцией к повторению в однообразной форме;
- 4). повторяемостью.

Различают 2 типа судорожных припадков:

**большие** (генерализованные и малые) и **фокальные**, т.е. частичные, очаговые (двигательные, чувствительные, с психопатологическими проявлениями).

**Большие** судорожные припадки в типичных случаях характеризуются

1. внезапно наступающим выключением сознания,
2. падением (преимущественно вперед),
3. последовательной сменой кратковременной фазы (10-30 с) **тонических** судорог и более продолжительной (1-4 мин) фазой **клонических** судорог
4. стадией постприпадочного оглушения, иногда переходящего в сон.

В фазе тонических судорог могут возникать непроизвольные мочеиспускания и дефекация. После припадка у больных отмечается полная амнезия всего периода припадка.

(**тонические судороги** - общее напряжение всей мускулатуры, запрокинутая голова, плотно сжатые челюсти, иногда прикус языка, прекращение дыхания, отсутствие реакции на свет, **клонические судороги** - мышечные судороги, непроизвольная двигательная активность конечностей и всего тела, выделение из полости рта пены)

Большому приступу нередко сопутствуют **предвестники** в виде чувства общего недомогания, слабости, пониженного настроения, потливости, раздражительности, которые могут длиться от нескольких часов до 2х суток.

В части случаев приступ начинается с **ауры** (греч. слово – «дуновение»), которая проявляется мимолетными нарушениями работы органами чувств (ощущение вспышки света, громкого звука, необычного запаха, соматовегетативными (тошнота, потливость и др.), моторными (ограниченные судорожные подергивания), психическими (изменения настроения, тревога, переживания «уже виденного»).

В раннем детском возрасте большие судорожные **припадки атипичны**, они прекращаются без развития, чаще в виде тонических судорог, иногда в форме общего расслабления тела без судорожного компонента, нередко в виде судорог с одной стороны. У детей до 1 года преобладает тонический компонент.

У детей бывают частые и тяжелые приступы с малым интервалом, когда они **просто не могут прийти в себя**. Во время приступа ребенок может получить серьезную травму, задохнуться рвотными массами, прикусить язык или щек, из-за частых приступов может развиваться хроническая пневмония

К числу больших судорожных припадков относится также группа «малых припадков» - **абсансов**, отличающихся отсутствием судорожного компонента. **Абсансы чаще встречаются у детей и отличаются большим разнообразием форм.**

Абсанс проявляется внезапным кратковременным выключением сознания, застывшим взглядом, иногда ритмическими подергиваниями глазных яблок или век (3 раза в секунду). Больные не падают, приступ заканчивается внезапно возвращением больного в исходное состояние, не помнят о припадке. Такие приступы эпилепсии могут повторяться у детей несколько раз в день, в ночное время и во сне.

**Фокальные** (очаговые) припадки проявляются в виде **односторонних моторных приступов** и выражаются тоническими и клоническими судорогами мышц конечностей (чаще кистей рук) и **сенсорных** приступов (жужжание, звон, голоса, неприятный запах, вкус, простые зрительные галлюцинации) в зависимости от локализации очага в коре головного мозга.

**Моторные припадки (автоматизмы)** весьма разнообразны. Общее для их клинической картины является внезапное возникновение тех или иных различных автоматизированных движений, которые сочетаются с изменениями сознания и сопровождаются последующей амнезией.

Припадки такого типа нередко называют «височные припадки», т.к. в большинстве случаев эпилептический очаг выявляется в височных долях больших полушарий головного мозга.

У детей дошкольного и младшего школьного возраста нередко встречаются автоматизмы в виде повторяющихся элементарных привычных движений: потирания рук, хлопанья в ладоши, пританцовывания, раскладывания одежды, бессвязного приговаривания, бессмысленной порчи вещей.

Часто детям и подросткам свойственен сомнамбулизм как особая форма моторных припадков. Он проявляется тем, что ребенок во время ночного сна встает с постели (иногда сидя в постели), бродит по комнате, совершает автоматические действия.

От невротического и неврозоподобного сомнамбулизма эпилептический приступ отличается более глубоким помрачением сознания, невозможностью контакта с ребенком, наличием внезапной агрессивности при попытках «разбудить» его, повторяющимся характером совершаемых действий, иногда произвольными мочеиспусканием и дефекацией, полной последующей потерей памяти о событии, склонностью к возникновению в одно и то же время.

В основном в детском возрасте, также наблюдаются припадки в виде страхов (преимущественно ночных), которые проявляются внезапным пробуждением, сопровождающимся безотчетным страхом, криками, плачем, иногда зрительными устрашающими галлюцинациями. Контакт с ребенком невозможен.

У детей встречаются эпилептические приступы в виде психопатоподобных состояний и проявляются гневливым повышенным настроением с двигательной расторможенностью, конфликтностью, жестокостью (Сухарева Г.Е, 1974 г.).

## Изменения психики

Вторым характерным клиническим признаком заболевания являются особые изменения психики. Наиболее типичным изменением личности при длительном течении заболевания считается прежде всего контрастность проявлений: «застывание» на особенно отрицательно окрашенных переживаниях (вязкости), с одной стороны, взрывчатости - с другой.

Наиболее типичные эпилептические изменения личности у больных обнаруживаются при височной эпилепсии.

Безусловно, в начальной стадии заболевания описанные изменения либо отсутствуют, либо носят стертый, невыраженный характер.

Характерными чертами личности больных (взрослых и подростков) эпилепсией являются эгоцентризм с концентрацией всех интересов на своих потребностях и желаниях, аккуратность, доходящая до педантизма, гиперболизированное стремление к порядку, ипохондричность, сочетание грубости, агрессивности по отношению к одним и угодливости, подобострастия к другим лицам (например, к старшим, от которых больной зависит).

Детям, кроме этого, свойственны патологические изменения сферы инстинктов (повышенный инстинкт самосохранения, повышение влечений, с чем связаны жестокость, агрессивность и повышенная сексуальность) и темперамента (замедленный темп психических процессов, преобладание хмурого, угрюмого настроения).

У заболевших во взрослом возрасте людей интеллектуальные функции часто сохранены, но для них характерны замедленность и тугоподвижность мышления, склонность к детализации, снижение памяти.

По данным Дж. Финк, эпилепсия, начавшаяся в раннем возрасте, в 61 % случаев приводит к интеллектуальным нарушениям, тогда как возникшая в более старшем возрасте – в 24 % наблюдений.

Ввиду того, что развитие эпилепсии в детском возрасте проходит на фоне более или менее выраженных остаточных органических проявлений, в клиническую картину, помимо выше описанных, входят более грубая двигательная расторможенность, истощаемость, головная боль во второй половине дня, расстройства внимания, плохая память, периоды повышенного настроения, не критичность, психопатоподобное поведение.

### Течение и прогноз

Факторами, влияющими на течение эпилептического процесса, являются форма и частота пароксизмов, локализация эпилептического очага, особенности фона, на котором возникает заболевание, включая индивидуальную реактивность организма, компенсаторные возможности, и, наконец, время начала и степень адекватности мер реабилитации.

У детей и подростков заболевание чаще манифестирует бессудорожными припадками (Сухарева Г.Е., 1955 Ковалев В.В., 1974 ). Дальнейшее течение может быть непрерывно-нарастающим, с чередованием обострений и ремиссий, затухающим, редко монотонным.

Исход заболевания весьма различен. Спонтанное выздоровление отмечается в 3-5 % случаев, клиническое выздоровление – в 5-10 % (обобщено Сухаревой Г.Е, 1955), а исход в слабоумие – в 50 %.

По мнению многих авторов, начало заболевания в раннем возрасте ухудшает прогноз. Относительно благоприятное течение имеют случаи заболевания с преобладанием типичных малых припадков.

## Диагностика и дифференциальный диагноз

Диагностика эпилепсии строится на оценке клинических проявлений и инструментального исследования (электроэнцефалография, компьютерная томография мозга, МРТ).

Использование данных ЭЭГ в качестве решающего критерия нельзя признать правильным: пароксизмальная активность эпилептического типа на ЭЭГ отмечается лишь у 10-20 % обследованных, а также часто обнаруживается при и других заболеваниях неэпилептической природы (энурез, заикание, РЦОН). Для уточнения других причин возникновения судорог назначают также консультации узких специалистов (гастроэнтеролога, кардиолога и др.)

Патологические изменения на КТ обнаруживаются у 50 % больных (Рабендинг, 1985г.), **у детей патологические изменения головного мозга встречаются реже.**

**Чем младше ребенок, тем сложнее диагностировать у него эпилепсию** на ранних сроках ее проявления, а это крайне важно, т.к. из-за частых эпилептических приступов быстро развиваются расстройства памяти, поведения, нарушения речи, замедляется умственное и физическое развитие.

**У новорожденных детей приступы слабо заметны** и схожи с обычной двигательной активностью младенца.

На 1-ом году жизни у малышей могут возникать большие и малые судорожные припадки. Приступы возникают внезапно, без какой-либо связи с внешними факторами. Проявляются в виде специфических двигательных спазмов, часто на фоне повышения температуры. В течение дня может насчитываться от 2 до 100 приступов.

## Профилактика

Профилактика заболевания особенно должна быть направлена на детей из группы риска по эпилепсии. Это семьи с отягощенной наследственностью по эпилепсии, дети с остаточными явлениями РЦОН из семей с отягощенным анамнезом.

Часто родителями (не только из группы риска) упускаются первые проявления эпилепсии.

Настораживающие признаки, свидетельствующие о дисфункции ЦНС:

- крики ребенка, сопровождающиеся вздрагиванием,
- периодические спонтанные и несинхронные подергивания конечностей,
- эпизоды «мертвого взгляда» (глаза фокусированы в одной точке, а ребенок не реагирует на внешние раздражители),
- спонтанно возникающие односторонние подергивания мышц лица, которые постепенно переходят на конечности,
- изменение цвета кожных покровов во время сосания.

Этот риск возрастает, если дети обнаруживают сниженный порог судорожной готовности в виде склонности к судорожным разрядам под влиянием различных факторов (судороги при температуре, интоксикациях, приступы, сахарного диабета и пр.).

Поэтому к детям из группы риска должно быть особое внимание во время повышения температуры на фоне инфекционных, респираторных и др. заболеваний, во время подготовки к вакцинации.

Для больных эпилепсией детей профилактической мерой является контроль за правильностью и регулярностью лечения как предупреждение неблагоприятной динамики заболевания.

## **Лечение**

Комплексное лечение эпилепсии складывается из назначения противосудорожных препаратов, рассасывающей, общеукрепляющей медикаментозной терапии, эпизодического применения препаратов, которые купируют те или иные психические нарушения.

## **Источники**

1. Ковалев В.В., 1995г, г. Москва, «Психиатрия детского возраста».
2. <https://familydoctor.ru/epileptologiya>
3. <https://smdoctor.ru/disease/epilepsiy>
4. psychiatry.ru, Тиганов А.С. «Эндогенно-органические заболевания. Классификация эпилепсии».
5. detmed.ru
6. nscrz.ru. Сухарева Г.Е., « Лекции по детской психиатрии»
7. МКБ-10