

# PADACZKA

Mgr Emilia Kłos-Jasińska

- *Padaczka nie jest bardziej boska ani bardziej święta niż inne choroby, ale ma swoją przyrodzoną przyczynę...*

Hipokrates (400 r. p.n.e.)

- **Mało kto wie, że Ludwig van Beethoven, Fiodor Dostojewski, George Byron, Graham Green, Juliusz Cezar, a także Napoleon Bonaparte cierpieli na kłopotliwą przypadłość, która i współcześnie nierzadko budzi lęk.**
- **To epilepsja, powszechnie zwana padaczką**

- Często jednak przyczynę padaczki uważano za nadprzyrodzoną.
- W czasach starożytnych zwano ją „choroba świętą” („morbus sacer”) dopatrując się jej boskiego pochodzenia.
- Od średniowiecza rozpoczęło się traktowanie padaczki jako oznaki opętania.
- Określano ją mianem choroby demonicznej („morbus demonicus”), a także „astralnej”, czy „lunatycznej” (przyczyn ataków dopatrywano się w działaniu księżyca).

- Mity na temat padaczki istniały przez lata.
- Jedną z najbardziej absurdalnych teorii, jest pokutujące nawet w XIX wieku przekonanie, że przyczyną padaczki jest abstynencja seksualna, albo wręcz odwrotnie – zbytne pobudzenie w tej sferze.
- Lekiem dla kobiet cierpiących na padaczkę miało być więc zamążpójście, a dla mężczyzn – kastracja.

- Padaczka jest najczęściej występującą chorobą neurologiczną.
- Główną jej cechą jest okresowe pojawianie się tzw. napadów, będących efektem przejściowych zaburzeń czynności mózgu wskutek nagłych wyładowań bioelektrycznych w komórkach nerwowych.

- Na padaczkę cierpi w Polsce około 1 proc. populacji, czyli mniej więcej 400 tysięcy ludzi.
- W większości przypadków padaczka ujawnia się jeszcze u dzieci lub nastolatków, przed 20. rokiem życia.

- Padaczka jest chorobą często występującą u dzieci.
- Ryzyko zachorowania w pierwszych 20 latach życia wynosi około 1% i jest największe w 1. dekadzie życia.
- W tym wieku na padaczkę choruje 6/1000 dzieci.
- Znacznie częściej natomiast stwierdza się w tej grupie występowanie napadów drgawkowych o różnych przyczynach.
- Najczęstsze w populacji do 5. roku życia są drgawki gorączkowe.

- \*NAPAD PADACZKOWY - skutek okresowego, nadmiernego wyładowania elektrycznego neuronów (komórek nerwowych) w mózgu.
- Do rozpoznania padaczki nie wystarczy jeden napad, a ich powtarzalność.

- STAN PADACZKOWY - powtarzające się (co najmniej dwa) napady padaczkowe między którymi nie dochodzi do pełnego odzyskania przytomności poszkodowanego, bądź sytuacja w której jeden napad utrzymuje się ponad 30 minut.

# PRZYCZYNY NAPADÓW PADACZKOWYCH:

Czynnikami prowokującymi napady najczęściej są:

- Infekcje ( u małych dzieci wysoka temperatura może nasilić napady, a u dzieci przyjmujących na stałe leki przeciwpadaczkowe wymioty i biegunka znacznie obniża ich poziom we krwi co zwiększa ryzyko wystąpienia napadu)

- Bodźce świetle- błyskające lampy, światło słoneczne odbijające się na tafli jeziora, czy śniegu, oglądanie telewizji z bliskiej odległości (u osób ze stwierdzoną fotowrażliwością)

#

- Alkohol (zespół odstawienny), substancje toksyczne (w tym narkotyki-głównie kokaina) i leki (np. leki przeciwdepresyjne obniżające próg drgawkowy, bądź niesystematyczne leczenie-omijanie dawek bądź odstawienie leków przeciwpadaczkowych)

- Intensywne oddychanie, zdenerwowanie, pozbawienie snu lub nadmierny wysiłek fizyczny (czynniki te zmieniają czynność elektryczną mózgu)
- Zaburzenia metaboliczne (hipoglikemia - obniżony poziom cukru we krwi, niewydolność wątroby, hipo/hipertermia)
- Zaburzenia strukturalne (tętniak, nowotwór, choroby zwyrodnieniowe, uraz, guz czy zapalenie mózgu)

# Padaczka: przyczyny

- Epilepsja może się ujawnić w każdym wieku, ale najczęściej rozpoczyna się przed 20. rokiem życia.
- W jednakowym stopniu dotyczy obu płci.
- Niestety, przyczynę padaczki udaje się ustalić u niespełna połowy chorych.
- Może ona być np. wynikiem uszkodzenia mózgu jeszcze w okresie życia płodowego lub w czasie nieprawidłowego porodu czy tuż po nim.

- Padaczka bywa też skutkiem niektórych chorób (np. zapalenia mózgu, guzów mózgu czy chorób naczyniowych), schorzeń uwarunkowanych genetycznie, ale również urazów głowy przebiegających z utratą przytomności (np. po wypadku drogowym).
- We wszystkich tych przypadkach występują zmiany strukturalne w mózgu, tzn. uszkodzenia jego tkanki, i tam właśnie tworzą się ogniska padaczkorodne.

- Gdy nie udaje się dojść przyczyny choroby, fachowcy mówią o tzw. idiopatycznej postaci padaczki.

# Czy padaczka jest chorobą dziedziczną?

- padaczka nie jest chorobą dziedziczną choć występują pewne uwarunkowania genetycznej do przekazania tej choroby dziecku.
- Ryzyko jakie istnieje jest jednak niewielkie bo wynosi zaledwie 6% (gdy choruje jedno z rodziców) i 25% w przypadku gdy choruje dwójka rodziców.

# Rodzaje napadów

Napady epileptyczne mogą być:

- uogólnione lub częściowe;
- dotyczyć tylko zaburzeń świadomości albo
- manifestować się niewłaściwą percepcją zmysłową.

- **Napady uogólnione** charakteryzują się wystąpieniem drgawek obejmujących całe ciało chorego oraz utratą przez niego świadomości,
- **napady częściowe** manifestują się drgawkami w obrębie jednej kończyny, górnej lub dolnej.
- Mogą jednak dotyczyć jedynie jakiejś części danej kończyny np. dłoni, a nawet palca ręki.
- Przeważnie są to ruchy automatyczne (np. pstryknięcia, klaśnięcia, wyprężenie, pocieranie rąk), które nie wyglądają jak patologia, więc nie wzbudzają zainteresowania otoczenia.

- Napad może też ograniczać się do **zaburzeń świadomości**, od częściowej jej utraty po całkowite wyłączenie.
- Pojawiają się nagle i nie trwają długo.
- **Zaburzenia percepcji zmysłowej** to nieprawidłowości związane z interpretacją bodźców smakowych, zapachowych, odbiorem dźwięków lub obrazów wzrokowych, nie mające żadnej uchwytnej przyczyny w innej chorobie, czy też czynnika zewnętrznego.

# Podział padaczek

Padaczki dzielimy na trzy grupy.

- Pierwszą z nich tworzy podgrupa obejmująca **padaczki uogólnione**,
- druga to **padaczki ogniskowe** (napady częściowe)
- i trzecia, którą stanowią **zespoły padaczkowe**.

- **1. Padaczki uogólnione** (zapis EEG przedstawia wyładowania bioelektryczne neuronów występujące jednocześnie, synchronicznie i uogólnione w obydwu półkulach mózgowych, zawsze towarzyszy im utrata świadomości, ale nie obserwuje się objawów zwiastujących napad, czyli tzw. aury).

## 1.1 napady nieświadomości:

- napady typowe – charakterystyczna jest nagła utrata świadomości z „wpatrzeniem się” w jeden punkt, znieruchomieniem, „zawieszeniem” i bez objawów ruchowych; jednak mogą się pojawić nieznaczne, kilkukrotne mrugnięcia powiekami i zmiany w napięciu mięśni; po napadzie osoba kontynuuje „przerwane” działanie;
- napady atypowe – do napadu nieświadomości dołączają się drgania w obrębie ust, mruganie powiekami, wzmożenie lub obniżenie napięcia mięśni; trwają dłużej od napadów typowych; częste w zespole Lennoxa-Gastauta.

- Napady nieświadomości mogą pojawiać się kilkakrotnie w ciągu dnia i trwać około 15 sekund (napady typowe) lub dłużej (napady atypowe).
- Najczęściej są wyzwalane przez hiperwentylację, czyli zwiększoną wentylację płuc, obejmującą nieprawidłowe przyspieszenie i/lub pogłębienie się oddechu.
- Inne czynniki sprzyjające atakom, to brak snu, zmęczenie, stres lub spożycie alkoholu.
- W większości przypadków napady nieświadomości występują u dziewczynek.

- **1.2 napady miokloniczne** – to skurcze ruchowe mięśni szyi, tułowia i kończyn, widoczne jako drgawki całego ciała, które trwają krótko i nawracają;
- **1.3 napady toniczne** – charakteryzują się wzrostem napięcia mięśniowego i nagłym, silnym skurczem symetrycznych grup mięśniowych, a dochodzi do nich zazwyczaj przed zaśnięciem lub po obudzeniu;

## 1.4 napady toniczno-kloniczne – obserwuje się utratę świadomości i przebieganie w dwóch fazach – tonicznej i klonicznej:

- faza toniczna: początkowo następuje skurcz mięśni całego ciała, z wydaniem charakterystycznego, nieświadomego okrzyku, związanego z wypychaniem powietrza z klatki piersiowej przez napięte struny głosowe;
- oddech ulega zatrzymaniu lub staje się nieregularny, co też razem z silnym skurczem ciała, sprzyja niedotlenieniu, objawiającemu się zasinieniem ust i skóry;
- może pojawić się szczękocisk, ślinotok i związane z tym przygryzienie języka lub śluzówki policzka; często dochodzi do bezwiednego oddania moczu;

- faza kloniczna: to wystąpienie skurczów mięśni i drgawek całego ciała;
- po tym chory zapada w sen ponapadowy trwający różnie długo – od kilku minut do kilku godzin (u dzieci);
- wówczas oddech jest ciężki, głośny i chrapliwy, a osoba po napadzie zazwyczaj nie pamięta co się działo.

## **1.5 napady atoniczne** – typowy jest spadek napięcia mięśniowego;

- trwają bardzo krótko, a ich częstym symptomem są upadki, po których chory na ogół wstaje sam, ale z urazem głowy, otarciami, zwichnięciami;
- napad może też przebiegać jako chwilowa niezdolność do podjęcia aktywności ruchowej (napad akinetyczny) i/lub z jednostronnym napadem drgawek;
- u dzieci napady akinetyczne mogą współwystępować z miokloniami, po których następuje osłabienie napięcia mięśniowego, upadek lub opadnięcie głowy.

## 2. Padaczki ogniskowe, czyli napady częściowe

- W napadach częściowych, wyładowania bioelektryczne zachodzą w ogniskach padaczkowych zlokalizowanych w jednej półkuli lub jednej części półkuli.
- Podczas napadu mogą, ale nie muszą pojawić się zaburzenia świadomości oraz bardziej uogólnione skurcze mięśniowe.
- Cechą, która często występuje jest aura, niejednokrotnie pomagająca w określeniu miejsca i strony wyładowania.

Obraz napadu zależy od tego, w jakiej części mózgu doszło do wyładowania:

- napady czołowe** – manifestują się drgawkami klonicznymi, „marszem jacksonowskim” (rozprzestrzenianie się napadu od ręki/stopy w kierunku korpusu, czyli dosiebny) oraz
- drgawkami asymetrycznymi, które otoczenie odbiera jako dziwaczne hiperkinezy (ruchy mimowolne), co często nie jest kojarzone z napadem padaczkowym;
  - możliwe też napady ze strony zmysłu powonienia;

**napady z pŁata ciemieniowego** – obejmujĄ spaczenie czucia, czyli parestezje, objawiajĄce się dolegliwościami, których się nie doświadcza w normalnych warunkach, a zalicza się do nich:

- mrowienia, drętwienia,
- nieprawidłowe odczuwanie ciepła i zimna (pieczenie lub „przymrozenie”),
- uczucie „przebiegu prądu” przez kończynę – nie należĄce do przyjemnych wrażeń;

**napady z płata skroniowego** – to najczęstsze napady, w których możliwe jest wystąpienie aury, obejmującej wrażenia smakowe (posmak metaliczny),

- węchowe (napady hakowe – odczuwanie niemiłych i dziwacznych zapachów),
- słuchowe (zniekształcenia, gwizdy, piski, „buczenie”, szумы),
- wzrokowe (zmiana kształtu);
- pojawiają się także automatyzmy, jak np. bezcelowe chodzenie, stereotypowe ruchy rąk (skubanie ubrania, zacieranie rąk,

# niekontrolowane ruchy wargami:

- mlaskanie, cmokanie, ruchy języka, przełykanie, żucie);
- w płacie skroniowym mają też swój początek **napady z objawami psychicznymi**, takimi jak zjawisko deja vecu (poczucie już przeżytego), deja vu (poczucie już widzianego), jamis vecu (poczucie nigdy nie przeżytego) i jamis vu (poczucie nigdy niewidzianego), natrętne i przykre wspomnienia, napady myślowe, zaburzenia afektu (od manii po depresję),

- objawy wytwórcze (urojenia i omamy), „wrażenie zniekształcenia” przedmiotów z otoczenia, „uczucie przebywania za własnym ciałem” i obserwowania go z zewnątrz;
- występują też objawy związane z układem pokarmowym, takie jak sensacje w nadbrzuszu – uczucie wstępującego ucisku od żołądka, do gardła;

**napady z płata potylicznego** – ujawniają się w zaburzeniach wzrokowych, czyli np. widzeniu kolorowych świateł, błysków, iskier, zygzaków, kolorowych kul, falistych wzorków, ubytków w polu widzenia, napadowej ślepcie, także połowicznej,

- czasem halucynacji wzrokowych, widzeniu pomniejszonym lub powiększonym, oddalonym lub przybliżonym, czy też dostrzeganiu zmienionych kształtów;
- w łagodnej postaci tej padaczki, obecne są napadowe wymioty, często z zaburzeniami świadomości;

- Wyładowania bioelektryczne mogą też pojawiać się w **korze limbicznej** (odpowiedzialnej za nasze emocje i popędy) i innych okolicach korowych, wtedy obserwujemy napady padaczkowe z objawami autonomicznymi, czyli sensacjami w nadbrzuszu, klatce piersiowej,

- wymiotami,
- ślinieniem się,
- nadmiernym poceniem,
- łzawieniem oczu,
- zaburzeniami rytmu serca, bezdechami,
- zaburzeniami orgazmu, zaczerwienieniem skóry lub jej zblednięciem,
- zwężeniem lub rozszerzeniem źrenic,
- znacznym przyspieszeniem akcji serca i/lub ilości oddechów na minutę,
- nietrzymaniem moczu i „gęsią skórką”.

- **2.1 napady częściowe proste** (przebiegają z zachowaniem przytomności i świadomości);  
**2.2 napady częściowe złożone** (przebiegają z zaburzeniem świadomości, np. z jej przymgleniem, utratą, zależnych od rozległości wyładowań bioelektrycznych; chory może zapamiętać napad);

- **2.3 napady częściowe wtórnie uogólniające się** (dochodzi do nich podczas promieniowania wyładowań z ogniska na cały mózg; po napadzie częściowym występują drgawki toniczno-kloniczne uogólnione oraz może im towarzyszyć oddanie moczu i/lub przygryzienie języka; napad przeważnie kończy się snem, którego nie wolno przerywać).

# 3. Zespoły padaczkowe

- **3.1 Padaczki uogólnione**
- zespół Westa (napady zgięciowe)
- dziecięca padaczka z napadami nieświadomości, manifestująca się kilkukrotną utratą świadomości w ciągu dnia, najczęściej wywołana hiperwentylacją, stresem, brakiem snu i alkoholem; rokowanie jest pomyślne, ponieważ zauważa się remisje w wieku dorosłym, w większości przypadków choroba dotyczy dziewczynek

- zespół Lennox-Gastaut, przebiegający z osłabieniem napięcia mięśni, nagłymi upadkami, napadami tonicznymi (wzmożone napięcie) oraz atypowymi napadami nieświadomości (absence - „nieobecność”), napady często występują kilka razy dziennie i na ogół u chłopców

- młodzieńcza padaczka miokloniczna ,  
zaczynająca się przed 30 rokiem życia,  
przebiega z mioklonicznymi zrywaniami  
mięśni, pojawiającymi się zazwyczaj o  
poranku; typowymi są napady  
nieświadomości, ale mogą również  
wystąpić napady toniczno-kloniczne;

## 3.2 Padaczki ogniskowe

- **łagodna padaczka rolandyczna** (padaczka Rolanda) – charakterystyczne są napady toniczno-kloniczne wtórnie uogólnione podczas snu; przebieg choroby jest łagodny i obejmuje napady częściowe oraz czuciowo-ruchowe twarzy, z jednostronnymi zaburzeniami czucia twarzy poprzedzone np. napadem tonicznym lub klonicznym języka, ust, gardła i krtani;
- padaczki potyliczne

- Istnieje jeszcze inny podział padaczek, dzielący je na dwie obszerne grupy: uogólnione i ogniskowe.
- Te zaś w zależności od przyczyn wystąpienia napadów, rozdzielają się na trzy podgrupy:

- **idiopatyczna** z początkiem związanym z wiekiem (np. dziecięca padaczka z napadami nieświadomości)
- **objawowa** (związana z występującymi nieprawidłowościami strukturalnymi)
- **kryptogenna** (z przypuszczalnymi nieprawidłowościami strukturalnymi, które nie zostały udowodnione)

- Ten podstawowy podział został uwzględniony w zmodyfikowanej i skróconej klasyfikacji padaczek według Międzynarodowej Ligi Przeciwpadaczkowej i przedstawia się następująco:

- **I. Uogólnione padaczki i zespoły padaczkowe:**

**Idiopatyczne z początkiem związanym z wiekiem**

- dziecięca padaczka z napadami nieświadomości
- młodzieńcza padaczka miokloniczna
- padaczka z napadami toniczno-klonicznymi okresu budzenia

- **Objawowe i kryptogenne:**
- zespół Westa
- zespół Lennox-Gastaut
- padaczka z mioklonicznymi zapadami nieświadomości

## **Objawowe:**

- encefalopatia miokloniczna – do napadów ruchowych, ogniskowych, uogólnionych, tonicznych lub klonicznych, wcześniej dołączają się mioklonie; rozwój psychoruchowy jest opóźniony, występują również inne zaburzenia neurologiczne

- **II. Ogniskowe padaczki i zespoły padaczkowe:**

**Idiopatyczne z początkiem związanym z wiekiem:**

- padaczka Rolanda (rolandyczna)
- padaczka związana z czytaniem

- **Objawowe:**
- padaczka z napadami prostymi, częściowymi złożonymi lub wtórnie uogólnionymi, pochodzącymi z jakiegokolwiek części kory:
- - padaczka czołowa
- - padaczka z płata ciemieniowego
- - padaczka z płata skroniowego
- - padaczka z płata potylicznego

- padaczka częściowa ciągła, czyli zespół Kożewnikowa (jest skutkiem kleszczowego zapalenia mózgu, lekooporna, a objawia się napadami prostymi, potem częściowymi i wtórnie uogólnionymi, występuje też niedowład połowiczy i deficyty intelektualne)
- zespoły charakteryzujące się specyficzną aktywacją

- **III. Nieokreślone padaczki i zespoły padaczkowe:  
z napadami uogólnionymi i ogniskowymi:**
- padaczka z ciągłą czynnością iglica-fala podczas snu
- napady noworodków
- nabyta afazja padaczkowa (zespół Landaua-Kleffnera)
- **napady bez wyraźnych cech uogólnionych i ogniskowych.**

# Padaczki „katastroficzne”

- **Zespół Westa**, który jest odmianą padaczki występującej u dzieci, to jedna z najcięższych diagnoz w obszarze zaburzeń epileptycznych.
- Rokowania są na ogół niepomyślne, a ta odmiana padaczki jest wyjątkowo lekooporna.

- Pierwsze objawy zespołu Westa zaobserwować można już od drugiego miesiąca życia dziecka - najczęściej pojawiają się one między 3 a 9 miesiącem.
- W 90 % przypadków zespół Westa uaktywnia się w pierwszym roku życia dziecka.

# Etiologia zespołu Westa

- Przyczyny wystąpienia tej formy padaczki nie są znane.
- Częściowy wpływ ma genetyczne obciążenie rodzinne (np. występowanie w rodzinie leukodystrofii metachromatycznej).
- Duży wpływ mogą mieć urazy i choroby matki w czasie ciąży, zespół Westa może też pojawić się jako następstwo zapalenia opon mózgowych i mózgu po porodzie i występować jako dodatkowe zaburzenie przy zaburzeniach chromosomowych.
- W prawie 40% przypadków wystąpienia zespołu Westa, nie udaje się jednak wskazać przyczyny.

# Charakter napadów

- zespół Westa przybiera charakterystyczną formę napadów.
- Są to skurcze zgięciowe bardzo nagłe i szybkie, czasem również toniczne skłony głowy.
- Skurcze trwają kilka do kilkunastu sekund i mogą pojawiać się wielokrotnie w ciągu dnia.
- Taką formę napadów nazywa się "ukłonem ludzi wschodu,,(napady salam)
- Skurczom mięśniowym mogą towarzyszyć inne objawy, takie jak ślinotok, oczopląs, zmiana koloru skóry.

# występują różne typy napadów

- Napady z przewagą cech astatycznych (połączone z nagłą utratą napięcia mięśniowego i kontroli postawy ciała)
- napady z dużym nasileniem mioklonii
- Napady z cechami objawów astatycznymi oraz mioklonicznych połączone z osunięciem się dziecka lub nagłymi upadkami w związku z nagłą utratą napięcia mięśniowego z miokloniami
- Mogą też występować napady duże (*grand mal*), nieświadomości (*absences*), typowe i nietypowe wieku przedszkolnego oraz napady małe (*petit mal*) i inne.

- Częstotliwość napadów, podobnie jak w **zespole Westa**, może wynosić od kilku do kilkudziesięciu dziennie.
- Obserwować można kilku-, a nawet kilkunastodniowe przerwy w występowaniu napadów.
- Serie napadów mogą przechodzić w stan padaczkowy miokloniczno–astatyczny.
- Opisanym napadom może towarzyszyć krzyk dziecka, co ma związek z *miokloniami przepony*.

do objawów w tym zespole należą również

objawy wegetatywne:

- \* Nagłe zaczerwienienie
- \* Lub bladość twarzy
  - \* nadmierna potliwość dziecka

- Objawy neurologiczne u dzieci z tym zespołem sprowadzają się do niedowładów kończyn, małogłowia, zespołu mózdkowego, objawów ocznych (zez zbieżny, zanik nerwu wzrokowego itp.).
- → u większości dzieci występuje opóźnienie psychoruchowe i umysłowe, które w miarę nasilania się napadów może ulec pogłębieniu.

- rokowanie → w dużej mierze zależy od rodzaju choroby podstawowej.
- Po kilku latach trwania choroby u ok. 30% dzieci napady ustępują, u ok. 35% występują nadal napady miokloniczno–astatyczne, a u ok. 35% pacjentów – napady miokloniczno – astatyczne przechodzą w inne napady uogólnione.
- W dalszym okresie dojrzewania ośrodkowego układu nerwowego dziecka napady miokloniczno–astatyczne mogą przejść w napady typu nieświadomości.
- **Na ogół pozostaje upośledzenie w rozwoju psychoruchowym, a następnie umysłowym dziecka.**

- napady w zespole Lennoxa-Gastauta często są odporne na powszechnie stosowane leki przeciwpadaczkowe.

# zespół Landaua-Kleffnera

- Zespół charakteryzuje się nagłym początkiem choroby, między 18 miesiącem życia, a 13 rokiem życia, średnio między 3-7 r.ż.
- Do momentu zachorowania rozwój psychofizyczny przebiega prawidłowo, a rozwój mowy jest stosowny do wieku
- Dwukrotnie częściej chorują chłopcy.

Na zespół Landaua-Kleffnera składają się:

- nabyte zaburzenia mowy,
- zmiany w zapisie EEG,
- napady padaczkowe,
- a niekiedy także zaburzenia zachowania.

Nie obserwuje się przy tym zwykle wyraźnych zaburzeń motoryki, niedowładów ani porażień kończyn.

- Afazja rozwija się w ciągu kilku dni, tygodni lub miesięcy.
- Kolejność pojawienia się afazji i napadów padaczkowych jest różna: u około połowy napady padaczkowe wyprzedzają pojawienie się afazji, u kilkunastu procent afazja i padaczka pojawiają się jednocześnie lub pierwszym objawem choroby jest afazja

- istotą nabytej afazji dziecięcej jest zarówno dezintegracja mowy (rozpad systemu komunikacyjnego, utrata posiadanych już umiejętności językowych) jak i zahamowanie,
- i opóźnienie dalszego procesu integracji mowy.

- Zaburzenia mowy rozpoczynają się trudnościami w odbiorze wypowiedzi słownych skierowanych do dziecka - afazja percepcyjna (syn. afazja sensoryczna, recepcyjna, impresyjna, czuciowa, recepcyjno- ekspresyjna, głuchota słowna).
- Charakteryzuje się zachowaniem zdolności ekspresji mowy przy częściowo lub całkowicie zniesionej percepcji mowy.

- Dziecko słyszy i mówi ale nie rozumie swoich słów ani przekazów słownych innych
- Początkowo może wystąpić agnozja.
- Potem zaczynają się trudności z budowaniem wypowiedzi, aż do głębokich zaburzeń lub pełnej utraty zdolności artykulacji
- - pojawia się afazja percepcyjno-ekspresyjna.

- Zaburzenia te myli się z głuchotą, oligofrenią oraz z autyzmem, ponieważ występuje u nich również opóźnienie rozwoju społecznego.
- Różni je jednak to, że posiadają zdolność do prawidłowych interakcji społecznych, normalnej zabawy i kontaktów z rodzicami.
- Obserwuje się jedynie upośledzenie komunikacji niewerbalnej, np. nie posiadają umiejętności odczytywania gestów, tonu głosu

- U ponad połowy dzieci występują zaburzenia zachowania w postaci niepokoju, trudności w koncentracji uwagi, czasem połączone z objawami agresji.
- Wynikają one prawdopodobnie z pierwotnie istniejących zaburzeń w porozumiewaniu się

- Napady padaczkowe występują w różnych okresach rozwoju choroby.
- Najczęściej wyprzedzają lub pojawiają się równoległe z afazją, niekiedy występują później lub tylko w pewnym okresie choroby.
- Morfologia napadów bywa różna - zwykle są to napady częściowe i nietypowe nieświadomości, chociaż obserwowano też napady uogólnione toniczno-kloniczne, mioklonicznie-astatyczne, nierzadko u tego samego chorego dwa i trzy typy napadów.
- Częstość napadów waha się od sporadycznie występujących do kilku w ciągu doby.

# Leczenie padaczki opiera się na kilku podstawowych zasadach:

- precyzyjnym rozpoznaniem choroby, zwłaszcza gdy napady padaczkowe wystąpiły po raz pierwszy po trzydziestym roku życia bez uchwytniej przyczyny zewnętrznej (wykluczenie np. guzów mózgu)
- zawsze jeżeli to tylko możliwe stosowanie monoterapii (politerapia w przypadku niemożliwości kontroli pojedynczym lekiem)
- wdrażanie leczenia – wprowadzanie leku powoli, aż do uzyskania odpowiedniej dawki

- odstawienie leczenia – powoli zmniejszając dawkę
- zmiana leków – na zakładkę, powoli odstawiając jeden i powoli wprowadzając drugi
- leczenie długotrwałe
- stosowanie odpowiedniego leku do konkretnego rodzaju napadu
- stosowanie odpowiednio dużej dawki leku
- monitorowanie stężenia leku w surowicy – w niektórych przypadkach

# Leki pierwszego rzutu

- napady pierwotnie uogólnione – kwas walproinowy
- napady wtórnie uogólnione – karbamazepina
- napady częściowe – karbamazepina
- zespół Westa – vigabatryna, sterydy, ACTH
- padaczka rolandyczna – karbamazepina

# Leczenie napadu padaczkowego:

- 10 mg diazepam u powoli i.v. lub 2 mg klonazepam u i.v., tlen
- jeżeli napady nie ustępują – powtórzenie dawki, tlen
- jeżeli napady nie ustępują – 20 mg diazepam u i.v. oraz fenytoina 15 mg/kg i.v. (do drugiej żyły nie szybciej niż 50 mg/kg), 40% glukoza, kokarboksylaza, tlen
- jeżeli napady nie ustępują – diazepam 100 mg we wlewie kroplowym w 500 mg glukozy (40 ml/h) i.v.
- jeżeli napady nie ustępują – możliwe zastosowanie innych leków – fenobarbital, lidokaina, klometiazol
- jeżeli napady nie ustępują – znieczulenie ogólne

- Dąży się do ograniczenia w przewlekłym stosowaniu benzodiazepin (diazepam, klonazepam) z uwagi na łatwość uzależnienia.
- Duża w tym rola leków nowych generacji (gabapentyna, lamotrygina i inne), które są dobrze tolerowane.

- Problemem dużo trudniejszym niż wdrożenie leczenia jest decyzja o jego zakończeniu.
- Przyjmuje się, że można stopniowo obniżać dawki leków po dwuletnim okresie bez napadów i przy założeniu, że w okresie stopniowego odstawiania leków nie nastąpi pogorszenie zapisów EEG pacjenta.
- Im dłużej trwało leczenie tym bardziej ryzykowna w skutkach może być decyzja o zakończeniu leczenia i pacjent powinien być poinformowany o zwiększonym ryzyku wystąpienia napadu podczas stopniowego odstawiania leków.

# Pierwsza pomoc w napadzie padaczkowym

- ułóż chorego na boku by uchronić go przed zakrztuszeniem się – pozycja boczna ustalona, jeśli nie jest możliwe ułożenie chorego w tej pozycji, pozostawić na plecach
- nie wkładać niczego pod głowę (koca, poduszki, kurtki itp.) – grozi to zapadnięciem się języka i utrudnieniem oddychania!! – częsty błąd popełniany przez przypadkowych świadków zdarzenia
- nie podawać nic do picia

- ochronić (szczególnie głowę i kręgosłup) przed okaleczeniem o okoliczne przedmioty – czyli np. przytrzymać z boku rękami, nie podnosić głowy chorego
- nie powstrzymywać na siłę drgawek
- rozpiąć pasek, kołnierz koszuli, aby ułatwić oddychanie
- nie wkładać niczego między zęby, szczególnie nic twardego. Nie otwierać siłą zaciśniętych szczęk
- zachować spokój, dopiero jeżeli po 2–3 minutach atak nie mija, wezwać pogotowie

- po ataku osoba może mieć problem z logicznym kontaktem, mówieniem, kojarzeniem faktów i samodzielnym chodzeniem, więc powiedzieć spokojnie, co się stało i pomóc usiąść lub dojść do łóżka i pozwolić odpocząć.
- Należy sprawdzić, czy podczas napadu nie było mimowolnego oddania moczu (lub kału) i adekwatnie pomóc choremu.
- Najlepszą alternatywą po ustąpieniu napadu jest sen trwający 1–2 godziny.
- Napad naprawdę jest sporym wysiłkiem umysłowym i fizycznym dla organizmu.

# EUROPEJSKA DEKLARACJA PRZECIWPADACZKOWA

- 19 czerwca 1997 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Międzynarodowa Liga Przeciwpadaczkowa (ILAE) oraz Międzynarodowe Biuro Padaczki (IBE) ogłosiły światową kampanię przeciwpadaczkową pod hasłem "Wyjść z Cienia" (ang. Out of the Shadows)

- W dniach 24-25 października 1998 r. w Heidelbergu w Niemczech miało miejsce spotkanie przedstawicieli europejskich organizacji przeciwpadaczkowych ze specjalistami ds. ochrony zdrowia - reprezentantami rządów i ośrodków uniwersyteckich, regionalnymi przedstawicielami WHO, ILAE oraz IBE pod szyldem światowej kampanii przeciwpadaczkowej.

- Zebrani jednogłównie przyjęli poniższe zalecenia, które powinny zostać przedstawione i wprowadzone w życie we wszystkich krajach Europy.

# Zalecenia

- Należy udostępnić procedury umożliwiające diagnozowanie napadów padaczkowych i ich przyczyn.
- Leki przeciwpadaczkowe powinny być dostępne dla wszystkich i po przystępnej cenie. Należy udostępnić leczenie neuropsychologiczne i opiekę socjalną.
- Należy opracować metody zapobiegania.

- Należy promować szkolenie specjalistów w dziedzinie padaczki, badań nad epilepsją oraz potrzeb poszczególnych grup np. problemów kobiet, osób starszych, itd.
- Należy edukować specjalistów i opinię publiczną na temat epilepsji, metod jej leczenia oraz konsekwencji społecznych.
- Należy uświadamiać społeczeństwo, że osoby chore na padaczkę mogą uczęszczać do normalnych szkół i są zdolne wykonywać większość zawodów.

- Należy edukować pacjentów (dzieci i dorosłych).
- Należy wspierać powstawanie stowarzyszeń pacjentów.
- Należy wspierać i promować projekty badawcze ze szczególnym uwzględnieniem badań prowadzonych we współpracy z innymi krajami.
- Należy opracować zalecenia oparte na faktach oraz algorytm opieki nad osobami cierpiącymi na padaczkę zmierzający np. do poprawy jakości życia.
- Należy opracować wskazówki oceny skuteczności badanych leków przeciwpadaczkowych.

- Należy opracować we współpracy z europejskimi organizacjami przecipadaczkowymi Białą Księgę Epilepsji.

# OSOBY Z PADACZKĄ W ODBIORZE SPOŁECZNYM

- Wiele osób z padaczką nadal doświadcza pełnego uprzedzeń traktowania ze strony społeczeństwa . Stanowi to powód występowania poczucia mniejszej wartości, napiętnowania i upokorzenia osób z padaczką.
- I chociaż cieszy fakt, że obecnie w odbiorze społecznym współczucie i troskę wzbudzają osoby niepełnosprawne, chorzy na cukrzycę i inne osoby cierpiące z powodu przewlekłych chorób, to padaczka nadal pozostaje chorobą wstydliwą, dziwną, budzącą lęk z nie do końca zrozumiałych powodów.

- Negatywne nastawienie społeczeństwa często eliminuje ludzi z padaczką z różnych sfer życia.
- Nietolerancja środowiska społecznego wywołuje poczucie wstydu wynikające z faktu choroby i wpływa demobilizująco na codzienne funkcjonowanie osób cierpiących na padaczkę.

# REAKCJE RODZINY

- Napady padaczkowe w znaczącym stopniu wpływają na układ rodzinny.
- Rodzice często nie są zgodni, co do tego, jak dziecko leczyć lub jak sobie z chorobą w rodzinie poradzić, co bezpośrednio rzutuje na poczucie więzi rodzinnej.
- Dziecko przeżywa tę sytuację i najczęściej jest przelęknione bądź przerażone, i obarcza siebie winą za problemy rodzinne myśląc, że stracił miłość rodziców.

- Rodzeństwo z kolei, może być bardzo zakłopotane taką sytuacją, czuć zazdrość i mieć poczucie niesprawiedliwości z tego względu, że są traktowani zupełnie inaczej.

- Atmosfera w domu rodzinnym w sposób znaczący decyduje o właściwej samoocenie osób z padaczką.
- Początkowo występuje postawa zaprzeczania chorobie.
- Jeżeli osoba z padaczką nie ma napadów, zapomina o przyjmowaniu leków lub nie bierze ich celowo, ponieważ konieczność brania leków jest ewidentnym dowodem choroby.
- Kiedy jednak napady ponawiają się zaprzeczanie chorobie ustępuje miejsca lękowi i obawom o teraźniejszość i o przyszłość.

- Generalnie można stwierdzić, że uprzedzenia czy przejawy nietolerancji społeczeństwa mają swoje odzwierciedlenie w postawach członków rodziny do osoby z padaczką.
- Tak więc często nawarstwienia występujące w rodzinie stają się skutkiem patologii występującej w życiu społecznym.

- Padaczka w kręgu rodzinnym może być traktowana rozmaicie, jako: zadanie, kara, wstydliva słabość, ułatwienie, wróg, strategia działania, nieuchronna strata oraz oryginalne doświadczenie.
- Skutkiem niedostatecznej wiedzy na temat specyfiki przebiegu różnych postaci padaczki jest niepotrzebne zwiększanie liczby ograniczeń w trybie życia chorych.

# RADZENIE SOBIE Z CHOROBA

- Radzenie sobie z padaczką polega na umiejętności wykorzystania własnych możliwości w przełamywaniu - wynikających z padaczki - ograniczeń i trudności pojawiających się w codziennym życiu.
- Ograniczenia te wynikają z istoty samej choroby i jej skutków, a możliwości ich przewyciężania są związane z indywidualną odpornością, inwencją i umiejętnością radzenia sobie oraz korzystania ze wsparcia otoczenia.

- Polskie Stowarzyszenie Ludzi Cierpiących na padaczkę
- Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci Cierpiących na Padaczkę
- Polskie Towarzystwo Epileptologii
- **Stowarzyszenie Ludzi z Epilepsją, Niepełnosprawnych i Ich Przyjaciół "KONICZYŃKA"**

- **Zespół Lennox – Gastaut** występuje częściej chłopców niż u dziewcząt. Głównie w wieku przedszkolnym (między 2 a 7 rokiem życia), niekiedy w wieku późniejszym.
- Wśród wielu czynników etiologicznych bierze się pod uwagę (tak jak w **zespole Westa**): uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego związane z okresem ciąży-okołoporodowym, zapaleniem mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych, z genetycznie uwarunkowanymi zaburzeniami metabolicznymi itp.
- Mimo to i tak w wielu przypadkach nie udaje się ustalić etiologii.