

Epilepsija in splošni terapevtski ukrepi*

Epileptični napad, posebno pa razvoj kronične epilepsije je rezultat najrazličnejših nasprotujočih si vzrokov hereditarne, možgansko organske, biološke in psihične narave. Vsak bolnik je individualen problem, ne samo kar se tiče diagnoze, etiologije, patogeneze, ampak tudi, kar zadeva medikamentozno, morebitno kirurško in splošno terapijo. Saj ne gre za epileptično bolezen, pač pa za epileptične sindrome (Marchand, cit. Chavany 1958). Toda pomisliti moramo, da ne obravnavamo napadov, temveč za napadi obolele ljudi, in da lahko kakor pri mnogih telesnih boleznih psihični dejavniki bistveno vplivajo na njihov potek, kar je še posebno očitno pri pacientih, obolelih za napadi. Na epilepsije v veliki meri vplivajo zunanji činitelji. S tem so mišljeni faktorji, kot življenjski ritem, zaposlitev bolnika, njegove življenjske navade, način prehrane in počitka, socialne razmere, prav tako pa tudi osebno emocionalno reagiranje v mnogih življenjskih situacijah. Ravno zaradi tega medikamentozno zdravljenje lahko v veliki meri podpremo z ustreznim načinom življenja in psihičnim vplivom. Posledice nepravilnega ravnanja so med drugim vidne pri zgodnjih invalidskih upokojitvah za napadi obolelih, kar je proučeval Rabe in prišel do zaključka, da za prerano upokožitev niso glavni vzrok epileptični napadi, ampak so bila v veliki meri odločilnega pomena socialna vprašanja v širšem smislu, npr. negativna izkustva in razočaranja v družini in poklicu.

Začnimo najprej z dieto. Pravzaprav posebne diete za bolnike z napadi ni. Ketogena dieta, ki jo je vpeljal Ledeboer in jo je Huttenlocher izpopolnil z vključitvijo srednjeveržnih trigliceridov v okusnejšo in uspešnejšo, pride v poštev pri pogostnih, za medikamentozno terapijo neobčutljivih petit mal napadih v otroški dobi. Izvedljiva je samo v bolnici in je pogosto uspešna (Huttenlocher et. ab. 1971). Pri piknoleptičnih napadih je pogosto v veliko korist tudi nekaj dni posta. Dietna hrana brez soli in tekočin je zastarela. Predpisujemo malo slano hrano in z malo tekočine. Živila, po katerih opazimo npr. alergijsko reakcijo, je treba izločiti iz hrane. Uživanje alkohola je načeloma prepovedano, čeprav nekateri bolniki kljub našemu nasvetu uživajo manjše količine alkohola in jih prenašajo brez škodljivega učinka. Nikotin naj bi bil omejen ali ukinjen. Bolnik naj bi se redno iztrebljeval in moramo obstipacijo preprečevati z magnezijevim sulfatom na tešče. Obroki hrane naj bodo redni in približno ob istem dnevnem času. Ne smejo biti niti preobilni niti preizdatni, bolnik naj ne je prehlavno, da ne bi pri morebitnem napadu prišlo do zadušitve z aspiracijo hrane. Nekateri avtorji odsvetujejo kavo, čaj, in čokolado. (Roger et. ab. 1950).

* Predavanje na nevropsihiatričnem simpoziju v Pulju (1973).

Bolnik z napadi mora imeti tudi urejeno spanje, naj gre vedno ob istem času spat in naj ob istem času vstaja ter naj dovolj spi. Otroci naj spijo ponoči najmanj 10 ur, odrasli pa 7—8 ur. Bolniki, ki ponoči slabo spijo, imajo potem, če počivajo popoldne, še slabše nočno spanje, zato naj bi taki in tisti, ki dobivajo napade po prebujenju, čez dan ne spali. Urejeno nočno spanje je važno, ker pomanjkanje spanja v določenih pogojih lahko sproži grand mal napad in zato bolniki z napadi niso sposobni za nočno delo in tudi matere ne bi smele otroka dojit ponoči, pač pa naj bi ga kdo drug hranil ponoči z umetno hrano.

Odstraniti je treba tudi faktorje, ki vplivajo splošno škodljivo na zdravje, kot npr. povečane tonzile, črevesne zajedavce, kar velja posebno za otroke (Lord Brain 1962).

Epilepsija se v mirovanju ne izboljša in tudi ne poslabša s telesnim delom (Poeck 1972). Otrok, ki se s svojimi vrstniki ne sme igrati tako kot oni, mora psihično nujno abnormno reagirati in razvije se nevrotična reakcija. Ravno zaradi tega je treba epileptičnim otrokom, pa tudi odraslim dovoliti šport in igro, treba jih je k temu še celo spodbujati. Omejitve naj bodo le pri telovadbi na drogu, lestvi, pri sabljanju, plezanju in vseh vrstah tekmovalnega športa. Fizični napori delujejo škodljivo, ker pride pri njih do nevrotoksičnega metabolizma in hiperventilacije. Priporočljive so vse vrste gimnastike, igra z žogo, tenis, namizni tenis, golf in tek na kratke proge, skakanje v daljino in višino. Statistični podatki dokazujejo, da pri epileptičnih otrocih med športnim udejstvomanjem ni nič več nesreč kakor pri zdravih (Reisner 1971). Plavanje naj bi bilo dovoljeno samo pod kontrolo v plitvih vodah. Tudi pri kopanju v kadi je treba paziti, da je količina vode urejena. Epileptiki bi ne smeli biti izpostavljeni močnim zunanjim dražljajem. Predvsem lahko sprožijo napad optični dražljaji. Otroci ne smejo ure dolgo sedeti v kinu ali pred televizorjem. Ravno tako škodljivo vplivajo taki dražljaji tudi pri odraslih, kjer pridejo v poštev posebno še svetlobni učinki pri vožnji podnevi skozi drevored, kadar je sonce nizko, kakor tudi nočne vožnje z avtom pri močnem prometu z nasprotni strani.

Pri izbiri poklica svetujemo epileptikom poklice, ki psihično in fizično niso preveč naporni, takšne, ki se opravljajo podnevi v čistem zraku in na mirnem delovnem mestu. Pri poklicnem svetovanju so važne intelektualne sposobnosti in čustveno stanje bolnika in bi morali, če je le mogoče, za nasvet pritegniti psihologa. Če mora bolnik kasneje prekiniti šolanje za bolniško sestro ali za učitelja, deluje to bolj neugodno, kakor če se prej odreče temu poklicu in si izbere morda skromnejši poklic. Ponovna vključitev bolnika v njegov poklic je nujno potrebna. Po potrebi je treba spremeniti poklic, če je potrebno s prekvalifikacijo, po skupnem preudarku z bolnikom in svojci, v dvomljivih primerih pa tudi s poklicnim svetovalcem pri uradu za delo (Scheid, Gibbels 1969). Bolniki z napadi ne smejo izvrševati določenih poklicev, kot so vozniki tovornih vozil, strojevodje, čuvaji pri zapornicah, piloti, vojaki, in to celo pri najboljšem uspehu zdravljenja. Epileptiki ne smejo delati pri nezavarovanih strojih, ne na ogrojdih, zidarskih odrih, torej na mestih, kjer je velika možnost nesreče.

Bolnik z napadi pomeni potencialno nevarnost kot pasivni in aktivni udeleženelec v prometu. Lečeči zdravnik naj poduči epileptika, kako naj se vede na cesti, da naj se izogiba prometnih konic, da naj hodi le po prehodih za pešce itd. (Sayk, Loebe 1971).

Presoja vprašanja glede dovoljenja za voznika motornih vozil je uredil zakonodajalec. Načeloma so nesposobni za vožnjo bolniki z diagnostično dokazanimi epileptičnimi napadi, kar velja smiselno tudi za druge paroksizmalne motnje ali izgube zavesti. Poklicni vozniki so za stalno nesposobni upravljati vozila. Od države do države so predpisi različni. Ob ugodnih uspehih zdravljenja, po dolgoletnem prenehanju napadov, pri ugodnem EEG izvidu in če bolnik ne kaže duševnih sprememb, se amaterjem izda dovoljenje za vožnjo z lažjimi vozili. Varovanje poklicne tajnosti sicer prepoveduje naznanitev epileptika na pristojni urad. Kako pa kljub temu izpolniti svojo obvezo nasproti javnosti, je zelo pametno nasvetoval Scheid, namreč, da naj si zdravnik da od bolnika pismeno potrditi, da mu je zaradi bolezni prepovedal vožnjo z motornim vozilom. Ta izjava zadržuje veliko večino bolnikov pred tem, da bi še naprej spravljali v nevarnost sebe in svojo okolico, in deluje psihološko boljše kakor odvzem vozniškega dovoljenja, kar bi bilo posledica prijave na pristojni urad.

Za napadi oboleli zdravniku pogosto zastavljajo vprašanje, ali se smejo poročiti ali ne. Gre predvsem za nevarnost epilepsije pri potomcih. Če ni družinskih obremenitev, poroke ne odsvetujemo. Vendar moramo bolniku razložiti, da je v primerjavi z zdravimi starši večja možnost za dedovanje epilepsije. V primeru družinske obremenitve prikažemo bolnici tveganje glede na stopnjo epileptičnih manifestacij v tej družini z večjim poudarkom. Potomstvo odsvetujemo, če obstoji pri partnerju za napadi bolne pacientke družinska obremenitev v smeri epilepsije ali pa ima ta sam epileptične napade (Rabe 1972). Vsekakor mora biti drugi partner pred poroko poučen o partnerjevi bolezni. Duševno moteni bolniki niso sposobni za zakon, prav tako tudi ne bolniki s pogostnimi, možgansko organskimi napadi, na katere je možno le malo vplivati.

Na vprašanje, kako vpliva na napade nosečnost, lahko rečemo samo, da pri tem ni možna nikakršna prognoza.

Škodljivi učinki antiepileptikov na plod do sedaj še niso poznani.

Za prekinitev nosečnosti so v rabi naslednja stališča. Prekinitev je utemeljena v naslednjih primerih:

1. Če osnovna bolezen sama zadostuje za utemeljitev (možganski tumor, ponavljajoče se subarahnoidalne krvavitve itd.)

2. Pri bolnicah, katerih prejšnje nosečnosti so kljub ustreznemu zdravljenju vodile do poslabšanja napadov ali celo do statusa epileptikusa.

3. Pri bolnicah, katerih znatne psihične spremembe so preprečile urejeno zdravljenje in je to vplivalo na število napadov med nosečnostjo.

Omeniti je, da se bolniki z epilepsijo lahko brez nevarnosti imunizirajo z oralnim cepivom proti poliomielitisu. Nasprotno se cepijo proti črnim kozam samo v primeru posebne nevarnosti.

Psihično vodstvo bolnika, ki boleha za napadi, spada k najširšim splošnim ukrepom. Treba je upoštevati individualne probleme vsakega posameznika, inteligenco in vedenje bolnika, družinske razmere, šolsko in zunanje okolje, poklic. Šele sočasno upoštevanje psihičnih in socialnih vplivov daje pogoje, da se bolnik ustrezno svojim zmožnostim optimalno razvija po svojih sposobnostih in ostane v vseh svojih socialnih odnosih prilagojen ali pa se ponovno prilagodi in rehabilitira. V prvih treh letih otroštva je mali bolnik predvsem problem družine. Kasneje smo priče psihopatoloških reakcij, ki slabo vplivajo na razvoj malega bolnika. Pogosto srečamo pri bolnikovih starših napačno presojbo bolezni in iz občutka krivde napačno ravnanje, kar vodi do

zavestnega ali nezavestnega odklanjanja epileptičnega otroka ali do pretirane zaskrbljenosti, ki še zavlačuje razvoj in osamosvojitve že retardiranega otroka. Starši lahko zanemarjajo svoje zdrave otroke. Nadalje lahko pomanjkljivo upoštevajo bolnega otroka, ne spoznajo bolezenskih posebnosti epileptičnega otroka, kar vodi do tega, da od njega zahtevajo preveč in ga kaznujejo, mu kažejo za zgled zdrave brate in sestre (Kruse 1972). V ponovnih pogovorih s starši mora terapevt poudariti, da je treba epileptičnemu otroku njegove posebnosti priznati in potrditi. Bolezni ne smemo precenjevati, da ne bi bil otrok prezahteven. Težave v vzgoji izhajajo iz navidezno neutemeljenih, situaciji neprimernih dejanj in izbruhov jeze. Zdravnik mora poučiti starše in vzgojitelja, da so take reakcije bolezenske, zaradi tega drugačne, kot jih pričakujemo pri zdravih bratih in sestrah in da je bolje nanje reagirati z odklonom kakor s kaznijo. Ustreznih povodov se morajo čimbolj izogibati. Epileptične otroke s pomanjkljivo iniciativo je treba spretno aktivirati, brez nepotrežljivosti, brez časovnega pritiska in brez primerjave z zdravimi brati in sestrami. Tudi za otroške vrtce in šole veljajo ista navodila. Epilepsija naj se ne prikriva in je o tem treba primerno poučiti tovariše pri igri in v šoli, tako da je epileptični otrok sprejet v družbo. Naš cilj je, da bolnika, ki bo leha za napadi, vključimo v kolikor mogoče normalno življenje. Iz tega razloga naj po možnosti tudi obiskujejo normalno šolo, ker inteligentni bolniki v družbi debilnih intelektualno zaostanejo.

Lahko se zgodi, da so drugi otroci ob napadu bolnika močno prizadeti in da to razpoloženje vpliva tudi na učitelja. Učitelj bi lahko za napadi bolnega otroka v svoji notranjosti odklonil in bi ga hotel izločiti iz šole. Izključitev iz šole pomeni za otroka izgubo socialnega stika. Bolniki s pogostnimi napadi ali tisti z zmanjšanim inteligenčnim kvocientom spadajo v posebne šole. Ne smemo pozabiti, da je za nekatere otroke odrešitev, če so prestavljeni iz slabega domačega okolja v zavod, vendar na drugi strani niti najboljša vzgoja v zavodu ne more nadomestiti urejenega doma staršev.

Omembe vredno je Dreyerjevo mnenje, da epileptiki ne potrebujejo posebne oblike psihoterapije. Zdi se, da otroci epileptiki celo bolje reagirajo na enostavno miljejsko zdravljenje kakor drugi otroci (1961).

Pri mladih in starejših bolnikih moramo biti zelo previdni z besedo epilepsija, ker ima ta bolezen še vedno neprijeten prizvok in se mnogokrat šteje za dedno in neozdravljivo bolezen. Zaradi tega je treba poučiti bolnike in svojce kakor tudi v splošni propagandi vse družbene sloje, da je epilepsija bolezen kot vse druge bolezni, da napadi pomenijo simptom možganske bolezni oziroma reakcijo, ki se lahko sproži tudi pri zdravih ljudeh, npr. z elektrošokom ali z določenimi drogami, in da je zdravljenje bolezni uspešno, kakor tudi, da je dednost prej šibka kot huda.

Ne bi želel podrobneje razpravljati o problemu oskrbe duševno motenih pacientov-epileptikov, kakor tudi ne o možnostih posebnega timskega dela v centrih za epilepsijo, ampak bi rad poudaril, da ima praktični zdravnik zelo važno vlogo pri izvajanju najrazličnejših terapevtskih ukrepov.

Literatura:

1. Chavany J. A.: *Épilepsie*. Masson et cie, Paris, 1958.
2. Dreyer R.: *Die Epilepsie*. Almanach für Neurologie und Psychiatrie. J. F. Lehmanns Verlag München, 1961.
3. Gastaut H.: *The epilepsies*. Charles C Thomas Publisher. Springfield Illinois USA, 1954.

4. Huttenlocher P. R., A. J. Wilbourn, J. M. Signore: Medium — chain triglycerides as a Therapy for intractable childhood epilepsy. *Neurology (Mineap.)*, 21, 1097—1103, 1971.

5. Lord Brain: Diseases of the Nervous System. London University Press, New York Toronto, 1962.

6. Kruse R.: Epilepsitherapie im Kindesalter. *Epilepsie im Kindesalter*, 2, Auflage, S. 113—115. S. Karger. Basel München Paris London New York Sydney 1972.

7. Poeck K.: Neurologie. 2. Auflage. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York. 1972.

8. Rabe F.: Invalidität und Epilepsie, *Nervenarzt*, 32, 283—288, 1961.

9. Rabe F.: Schwangerschaftsunterbrechung und Eheberatung bei Epilepsie *Med. Welt*, 23, 330—331, 1972.

10. Reisner H.: Die ärztliche Führung Anfallskranker ausser der medikamentösen Therapie. Vortrag an der Jahrestagung der Österreichischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie, Wien, 3. 9. 1971.

11. Roger M., L. Cornil, J. E. Paillas: Les Épilepsies, Boudouresques J.: Traitement, 267—313. Éditions médicales Flammarion Paris, 1950.

12. Sayk J., F. M. Loebe: Therapie neurologischer Erkrankungen. VEB Gustav Fischer Verlag Jena, 1971.

13. Scheid W., E. Gibbels: Therapie in der Neurologie und Psychiatrie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1969.

O RAZŠIRJENOSTI POLIOMIELITISA V SVETU

Poliomielitis, otroška paraliza, je primer bolezni, pri kateri dobro programirana in izvedena vakcinacija zelo zmanjšuje obolevnost. V vseh deželah, kjer so izpeljali program vakcinacije, se je število bolnikov občutno zmanjšalo. Vendar je v svetu še mnogo dežel, kjer je bolezen še zelo razširjena. Čeprav podatki niso popolni, ker jih niso predložile vse države, je vendarle mogoče dobiti pregled o razširjenosti te bolezni v svetu.

23 evropskih držav je predložilo podatke o razširjenosti poliomielitisa. V 8 od teh držav ni bilo niti enega primera, v 5 državah pa 4 primeri ali manj. Največ primerov v Evropi je bilo v južni Španiji, kjer je vakciniranega zelo malo prebivalstva. Tu je zbolelo 213 oseb.

V letu 1971 je bilo zelo mnogo primerov poliomielitisa v državah okrog Sredozemskega morja, v Turčiji 516, v Tunisu 101 in v Libanonu 126 primerov. V teh državah v poslednjih letih ni bilo manj primerov bolezni. Le v Izraelu obolevnost očitno upada. V letu 1971 je bilo le 6 primerov.

Za afriške države ni na voljo dobre evidence. V 9 od 16 držav so opazili naraščanje obolevnosti, upadanje pa v Kamerunu, Kongu in Zairi.

Kaže, da se uspešno borijo proti otroški paralizi na zahodni obali Tihega oceana. Le v Laosu je bilo 400 primerov in v Vietnamu 366. Ni podatkov s Filipinov, kjer je bolezen precej razširjena.

V letu 1971 je bila v Delhiju epidemija, v kateri je zbolelo 110 ljudi. Na Cejlonu je bilo prejšnje leto samo 119 primerov, v letu 1971 pa je obolevnost zelo narasla (377 primerov).

Pač pa je bolezen v občutnem upadanju v 8 od ameriških držav. Leta 1970 je bilo v Mehiki 2043 primerov, naslednje leto pa le 757. To je bila približno polovica primerov z vsega ameriškega kontinenta.

S. Z.

POSUŠENI STRUGI NISMO VEČ HVALEŽNI ZA TO, KAR JE PREJ DAJALA.

Rabindranath Tagore