

УДК: 616.8-092

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГ НА ОСНОВЕ ВЗАИМОСВЯЗИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО И СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА

Г.Ш. Абдусаттарова, Е.Н. Маджидова, Г.Н. Тураева

кафедра неврологии, детской неврологии и медицинской генетики Ташкентского

Педиатрического медицинского института Минздрава Узбекистана, г. Ташкент,

Узбекистан

Научный руководитель: д.м.н., профессор Е.Н. Маджидова

Резюме. В статье даны ответы на основные вопросы о фебрильных судорогах: насколько часто они возникают, какие факторы предрасполагают к их развитию, высок ли риск их трансформации в эпилепсию и от чего зависит его уровень, какие меры следует предпринять родителям при возникновении фебрильных судорог, каков прогноз и риск рецидива, насколько необходимо лечение при этом состоянии.

Ключевые слова: фебрильные судорги, фокальные приступы, лихорадка, афебрильные судорги, вакцинация, госпитализация, нервно-психическая задержка, благоприятные.

CLINICAL FEATURES OF FEBRILE SEIZURES CONSIDERING THE RELATIONSHIP OF NEUROLOGICAL STATUS WITH SOMATIC STATUS

G.Sh. Abdusattarova, E.N. Madjidova, G.N. Turaeva

Department of Neurology, Pediatric Neurology and Medical Genetics of Tashkent

Pediatric Medical Institute Ministry of Health of Uzbekistan, Tashkent, Uzbekistan

Scientific adviser: Doctor of Medical Sciences, Professor E.N. Madjidova

Summary. The article provides answers to the main questions about febrile seizures: how often they occur, what factors predispose to their development, whether the risk of their transformation into epilepsy is high and what its level depends on, what measures should be taken by parents in the event of febrile seizures, what is the prognosis and the risk of relapse, how necessary is treatment for this condition.

Key words: febrile seizures, focal seizures, fever, afebrile seizures, vaccination, hospitalization, neuropsychiatric delay, favorable.

Введение

Фебрильные судороги (ФС) – припадки у детей, возникающие при внеозговых заболеваниях с повышением температуры тела свыше 38°C. При лихорадке встречаются примерно в 3-7 % случаев. Обычно возникают в раннем возрасте (первые 3 года жизни), но иногда впервые появляются и после трех лет. Этот механизм развития ФС во время лихорадки срабатывает далеко не всегда, иначе каждый ребенок с высокой температурой был бы подвержен таким припадкам. В действительности возраст развития фебрильных судорог может существенно варьировать: от 1 месяца жизни до 8 лет [6]. У ребенка не должно быть нейроинфекции или какой-либо другой причины судорог, и в анамнезе у него не должно быть фебрильных приступов [5]. Как правило, фебрильные судороги благоприятны по прогнозу, и дети имеют в дальнейшем нормальное интеллектуальное развитие [3].

Цель: изучить клинические особенности фебрильных судорог, рассматривая взаимосвязи неврологического статуса с соматическим статусом.

Материал и методы исследования. В основу исследования положены данные 50 детей в возрасте от 2-х до 5 лет, получавших лечение в клинике ТашПМИ. Первую группу составили 23 детей с фебрильными судорогами, вторую контрольную группу составили 27 детей без фебрильных судорог. Всем больным проведены нейрофизиологические методы исследования (ЭЭГ, ЭЭГ-мониторирование, НСГ).

Результаты исследования. По данным наблюдения за госпитализированными пациентами, фокальный характер приступа отмечается у 16% детей, повторные судороги в течение суток — у 14%, длительные приступы — у 9%. Все симптомы сложного приступа могут отмечаться и у одного ребенка, но это случается реже — два симптома находят у 6,5% детей, три — у 1%. О фокальном характере приступа свидетельствуют очаговые симптомы — тоническое напряжение и клонические сокращения только в правых или в левых конечностях - 17%, клонии в мимической мускулатуре лица с одной стороны - 3%, сохранность сознания на фоне приступа - 1% (хотя иногда при фокальном приступе может наблюдаться и утрата сознания). Тактика ведения и обследования ребенка с фебрильными судорогами в остром периоде определяется с учетом общего благоприятного прогноза жизни и развития ребенка с простыми судорогами и соблюдением необходимой осторожности в ведении сложных приступов и фебрильного статуса, так как при них прогноз менее благоприятен. В первую очередь, необходимо решить вопрос о целесообразности госпитализации ребенка. При осмотре ребенка педиатром следует определиться с причиной лихорадки и необходимостью применения антибактериальной терапии. Для принятия решения по тактике дальнейшего обследования требуется знать семейный анамнез по

фебрильным судорогам и эпилепсии, а также тип фебрильного приступа. При осмотре ребенка важно уделить внимание оценке уровня сознания (иногда нужно проводить осмотр ребенка несколько раз, так как возможна постприступная оглушенность и сон) и менингеальным симптомам.

Люмбальная пункция, как правило, не проводится у всех пациентов с фебрильными судорогами. Показано ее проведение в тех случаях, когда есть менингеальные симптомы. В рекомендациях японских авторов к менингеальным симптомам справедливо добавляется длительное (более 30 мин.) нарушение сознания и выбухание большого родничка [1].

Электроэнцефалография (ЭЭГ) не показана детям с простыми фебрильными судорогами. Несмотря на вероятность обнаружения эпилептиформной (межприступной) активности, ЭЭГ не имеет достоверного прогностического значения (не определяет ни риск рецидива фебрильных судорог, ни возможность развития эпилепсии). Известно, что замедление био-электрической активности на ЭЭГ может сохраняться до 7 дней после фебрильного приступа. Можно предположить, что при сложных судорогах прогностическое значение ЭЭГ выше, но пока четкие рекомендации относительно необходимости ее проведения отсутствуют.

Существует небольшая группа детей с длительными фебрильными судорогами или фебрильными статусами (сложные фебрильные судороги), часто в сочетании с задержкой развития. Эта группа нуждается в наблюдении невролога и дополнительном обследовании. Детям этой группы возможно назначение длительной противосудорожной терапии с контрольным ЭЭГ. Вакцинно-индуцированные фебрильные судороги развиваются в течение 72 ч. после вакцинации. При введении некоторых вакцин, например комбинированной вакцины против кори, свинки и краснухи, фебрильные судороги наблюдаются между 7-м и 14-м днем вакцинации [4]. При введении именно этой вакцины относительно выше риск судорог, он также существует при вакцинации АКДС (против коклюша, дифтерии и столбняка). Одновременное введение нескольких вакцин может увеличивать риск развития фебрильных судорог. Откладывание срока вакцинации до более старшего возраста ребенка не снижает риск развития судорог, т.е. нецелесообразно [4]. При этом риск афебрильных приступов (эпилепсии) после вакцинно-индуцированных фебрильных приступов не выше, чем без них [2].

Выводы. Фебрильные судороги у детей — возрастозависимое и благоприятное по прогнозу состояние. Простые фебрильные судороги не наносят вреда нервно-психическому развитию ребенка, не трансформируются в эпилепсию и не нуждаются в хроническом назначении противосудорожной терапии. Госпитализация показана всем пациентам с

первым эпизодом судорог, если возраст ребенка 18 мес. и меньше. Дети с нормальным развитием и простыми фебрильными судорогами не нуждаются в обязательном проведении ЭЭГ и МРТ головного мозга. Наличие фебрильных судорог не служит противопоказанием к вакцинации и ревакцинации, осторожность необходима при вакцинации АКДС у детей с повторными длительными приступами и/или фебрильным статусом.

Список литературы

1. Белоусова Е.Д. Фебрильные судороги: что о них должны знать педиатры. Рос. вестн. перинатол. и педиатр. 2018; 63:(6): 108-114. DOI: 10.21508/1027-4065-2018-63-5-108-114, Текст: непосредственный
2. Карлов Б.А., Гехт А.Б., Авакян Г.Н., Гузева В.И., Бело-усова Е.Д., Холин А.А. Эпилептический статус у детей. В книге: Федеральное руководство по детской неврологии. По ред. В.И. Гузевой. М 2016: 307-322. Текст: непосредственный
3. Wilmshurst J.M., Gaillard W.D., Vinayan K.P., Tsuchida T.N., Plouin P., Van Bogaert P. et al. Summary of recommendations for the management of infantile seizures: Task Force Report for the ILAE Commission of Pediatrics. *Epilepsia* 2015; 56(8): 1185-1197. DOI: 10.1111/epi.13057
4. Kimia A.A., Bachur R.G., Torres A., Harper M.B. Febrile seizures: emergency medicine perspective. *Curr Opin Pediatr* 2015; 27(3): 292-297. DOI: 10.1097/MOP.0000000000000220
5. Mewasingh L.D. Febrile seizures. *BMJ Clin Evid* 2014; 2014: pii: 0324.
6. Gupta A. Febrile Seizures. *Continuum (Minneapolis Minn)* 2016; 22(1): 51-59. DOI: 10.1212/CON.0000000000000274