

**Рустамов М.Р.,
Абдусаламов А. А.,
Жалилов А.Х.,
Мамматкулов Т.А.**

«ЛЕЧЕНИЕ СУДОРОГ» ПОСЛЕ СУДОРОГ?

Кафедра госпитальной педиатрии № 1 (зав. - проф. Рустамов М.Р.) СамМИ (ректор - проф. Шамсиев А.М.) и СФ (директор - проф. Ахмедов Ю.М.) РНЦЭМП

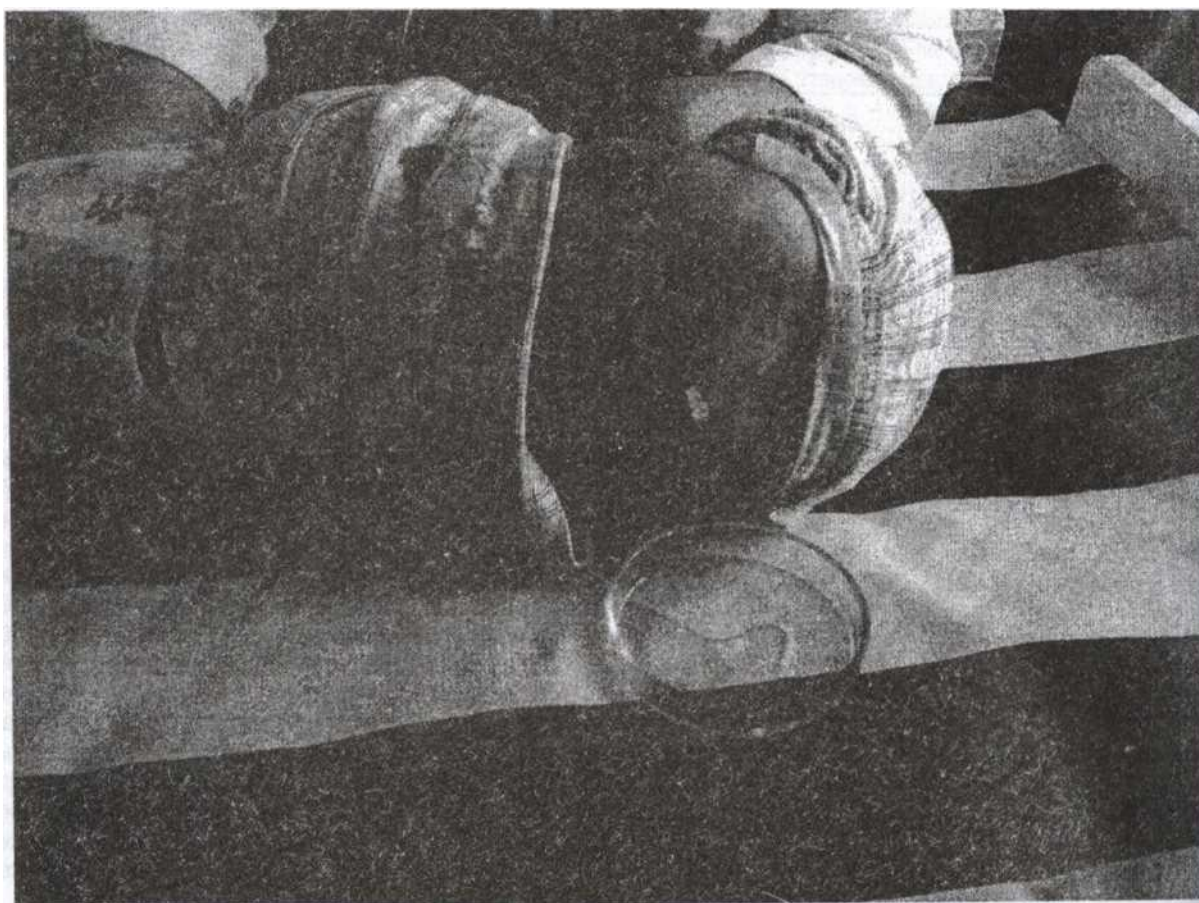
Судороги - внезапные приступы непроизвольных и кратковременных сокращений мышц - неспецифическая реакция на нейротоксикозы, нейроинфекцию и, преимущественно, острые респираторные заболевания.

Эквивалентами судорог следует считать потерю мышечного тонуса, затуманенный взгляд, неразборчивое бормотание, дрожание мышц, фиксация взора, кратковременная потеря сознания, закатывание глаз, плотное сжатие челюстей, непроизвольное мочеиспускание и испражнение.

"Количество детей, которые поступают в СФРНЦЭМП продолжает возрастать одновременно с повышением количества обращений. Приблизительно

5% детей обращающихся за помощь - дети с судорогами. Ведение этих больных включает принятие решения о первичном обследовании и принимается дежурными врачами.

Наиболее часто судороги встречаются у детей в возрасте до 3 лет. В 1999, Педиатрическая исследовательская группа по несчастным случаям и неотложной помощи состоящая из педиатров Ноттингема и Уэйкфилда, составила основанные на доказательствах рекомендации по лечению детей поступающих на второй этап медицинской помощи немедленно после судорог. Обзор основывался на систематическом обзоре литературы, эти рекомендации были обновлены в 2002, с добавлением рекомендаций от ранжированных от А до D согласно степени доказательности.



К шестнадцатилетнему возрасту приблизительно 1% популяции переживает афебрильные судороги, а у половины из них отмечаются повторные судороги (уровень рекомендаций В). Дифференциальный диагноз включает (уровень рекомендаций С): изолированные судороги, первичную эпилепсию, симптоматические эпилептические судороги, неонатальные судороги или судороги раннего возраста, судорожные синкопы, аритмию, асфиксию и психогенные судороги.

У детей, которые уже получают противосудорожную терапию должно быть проверено содержание противосудорожных препаратов (рекомендации уровня В).

Фебрильные судороги продолжаются менее 5 минут, наблюдаются у 2.7% до 3.3% популяции, чаще в возрасте от 6 мес до 6 лет, а риск повторных судорог составляет от 29% до 35% (уровень рекомендаций В). Факторы, увеличивающие риск повторных судорог составляют: случаи судорог в семье, множественные

судороги во время первого эпизода судорог и высокая температура тела (уровень рекомендаций В).

Любой ребенок с выраженной затылочной ригидностью должен лечиться с подозрением на менингит (уровень рекомендаций С), сложные фебрильные судороги так же повышают уровень вероятности наличия менингита (уровень рекомендаций С). Ребенок со сложными фебрильными судорогами, но без клинических симптомов менингита должен быть подвергнут интенсивному наблюдению в течение двух часов (консенсус Delphi, доказательства не опубликованы).

Дифференциальный диагноз фебрильных судорог включает вирусную инфекцию, средний отит, тонзиллит, инфекцию мочевых путей, гастроэнтерит, инфекцию нижних мочевых путей; менингит, поствакцинальное состояние и лихорадку после генерализованных судорог длящуюся по крайней мере 10 минут (уровень рекомендаций С).

В рекомендациях не считается необходимым лечение после первых не спровоцированных судорог. Поскольку наши возможности включают госпитализацию и последующее наблюдение, это может помочь обосновать такое решение.

Принципы ведения больных с афебрильными судорогами поступающими в стационар отличаются от принципов ведения больных с фебрильными судорогами поступающими в стационар.

В Великобритании, как и у нас, 5% детей поступают в стационар после приступа судорог. Основанные на доказательствах практические клинические рекомендации были разработаны педиатрами и специалистами по неотложной помощи (Paediatric Accident and Emergency Research Group) в 1999 и обновлены в 2002. Рекомендации были ранжированы от А до D с применением критериев Scottish Guideline Network.

Данные рекомендации были обновлены, используя измененный процесс согласования Delphi с группой педиатров, врачей неотложной помощи, консультантов, младших врачей и медсестер в трех раундах обратной связи и обсуждения. Эти рекомендации включают алгоритм наблюдения, направления оказания, критерии контроля и материалы для образования пациентов.

Рекомендации не считают необходимыми назначение лечения после первых судорог. Показания для визуализирующих методов исследования не включены. Группа экспертов не пришла к выводу, при какой температуре можно говорить о фебрильных судорогах. Пациенты снабжены образовательными материалами для пациентов. Королевский колледж педиатрии и Детского здоровья (Royal College of Pediatrics and Child, Health) Великобритании оценил эти рекомендации и распространил среди своих членов.

Рекомендации относительно афебрильных судорог включают:

1% от общей популяции страдает судорогами без повышения температуры тела к возрасту 16 лет. 50% из них перенесут повторный приступ судорог.

У детей которые получают противосудорожное лечение необходимо проверить уровень антиконвульсантов.

Необходимо при поступлении проверить кровяное давление и уровень глюкозы.

Развернутый подсчет клеток крови, азот мочевины и электролиты, кальций и магний не должны рутинно проводиться, если не возникнут особые показания в ходе опроса и осмотра.

ЭЭГ не показана при простых афебрильных судорогах.

После первых фебрильных судорог, ребенок должен быть госпитализирован если он младше 1 года и имеет показатели по Шкале Комы Глазго (Glasgow Coma Scale) меньше 15, более чем через 1 час после судорог, имеются новые неврологические симптомы, симптомы повышенного внутричерепного давления и менингизма (раздражительность, рвота), признаки недомогания, пролонгированные фокальные и повторные судороги (определяемые как "сложные"), признаки дыхательной недостаточности и большой тревожности родителей.

Детям которые не госпитализированы, рекомендуют обратиться за амбулаторной педиатрической помощью.

Рекомендации для фебрильных судорог включают:

Популяционный риск фебрильных судорог составляет от 2.7% до 3.3%. Риск повторных судорог от 29% до 35%.

Повышение риска фебрильных судорог ассоциировано сотягощенным семейным анамнезом в отношении афебрильных и феб-

гипертермией, инициальными множественными судорогами.

Риск эпилепсии после простых фебрильных судорог от 1% до 2.4%. Риск эпилепсии после сложных фебрильных судорог от 4.1% до 6%. Практика показывает, что особую группу составляют дети, родители или опекуны которых сами снимают с антиконвульсант-ной терапии.

Риск бактериального менингита у детей с проявлениями фебрильных судорог от 0.6% до 6.7%.

Дети со сложными фебрильными судорогами без симптомов менингита нуждаются в пристальном наблюдении в течение двух часов.

У детей с продолжающимися судорогами необходимо определить уровень глюкозы крови.

Рекомендуется анализ мочи для исключения инфекции.

Ни один другой рутинный тест не рекомендуется при простых фебрильных судорогах.

Показания к люмбальной пункции не зависят от возраста. Люмбальная пункция должна проводиться детям с по крайней мере трехдневной историей болезни, сонливостью и рвотой дома, недавно осмотренным врачом первичного звена, сложных особенностях (фокальные, длительностью более 15 минут, множественные судороги в течение 24 часов, клинические симптомы свидетельствующие о менингите (петехии, затылочная ригидность, сонливость, судороги при осмотре, слабость и выбухание родничка).

Люмбальная пункция противопоказана при симптомах септического шока, клиническом диагнозе инвазивного менингита с геморрагической сыпью, повышенном внутричерепном давлении и очаговых неврологических симптомах.

Госпитализация для двухчасового наблюдения рекомендуется пациентам младше 18 месяцев или старше 1 года с простыми фебрильными судорогами у которых нет серьезных симптомов свидетельствующих о менингите и без предыдущего лечения антибиотиками.

Пациенты без очагов инфекции могут быть выписаны, если ребенок хорошо выглядит, возможен быстрый доступ к медицинской помощи и если пациенты хорошо относятся к идее выписки из стационара.

Пациенты должны быть снабжены образовательными материалами и советом находиться под наблюдением врача первичного звена.

Риск повторных фебрильных судорог достигает 35%.

Лечение как фебрильных так и не фебрильных судорог обосновывается необходимостью исключить бактериальный менингит.

Прогноз повторных судорог определяют: Неблагоприятная наследственность. Вредные факторы для плода в период внутриутробного

развития, в период его рождения и экзогенные неблагоприятные воздействия в постнатальном периоде.

Этиология судорог может остаться нераспознанной в 5-25% случаев.

Взрослые, страдающие эпилепсией, как правило, имели судороги в детстве.

При информировании родителей следует указывать на необходимость длительного приема антиконвульсантов в связи с эпилепсией, несмотря на множество побочных эффектов. Следует ограждать таких детей от экстремальных (драйвинг, скалолазание), контактных видов спорта, плаванием они могут заниматься только под наблюдением взрослых. Снятие ребенка с антиконвульсантной терапии является компетенцией врача.

При оказании неотложной доврачебной помощи в случаях повторных судорог родители должны сохранять самообладание, не проводить грубых манипуляций (щипать, брызгать холодной водой, вставлять ложку в рот, вдвигать воздух в рот, шлепать...). Для предупреждения механической асфиксии научить их: повернуть ребенка на бок и уложить так, чтобы он не травмировался.

У детей первого полугодия жизни вероятными причинами судорог могут быть ПЭП, нейроинфекция, интоксикация при инфекционных болезнях, во втором полугодии - метаболические нарушения при соматических и/или наследственных заболеваниях.

При обследовании и сборе анамнеза акценты расставляются на приеме (точнее - прекращении приема) противосудорожных средств, инсулина, витамина D, исключить травму, инфекции, нейроинфекции. Показано проведение ЭКГ, определение уровня глюкозы, кальция, натрия в крови, по показаниям скрининг токсических веществ, алкоголя (подростки), осмотры невропатолога, офтальмолога (глазное дно), генетическое консультирование.

Задача принимающего врача: дифференцировать судороги: эпилептические от неэпилептических судорожных припадков. Неэпилептические судорожные припадки дифференцировать по этиологическому (причинному) принципу:

Судороги при:

Асфиксии новорожденных;

Внутричерепной (родовой) травме и других ее видах;

Гемолитической болезни новорожденного;

Врожденных дефектах развития центральной нервной системы; микроцефалии, гидроцефалии;

Опухолях головного мозга;

Патологии сосудистой системы и сердца (аневризма, ангиоматоз, острые нарушения мозгового кровообращения, врожденные пороки сердца);

Судороги в остром периоде инфекционных заболеваний у детей (ОРВИ, грипп, нейроинфекции:

менингит, энцефалит и др.); при высокой температуре - фебрильные судороги;

При профилактических прививках;
При различных интоксикациях;
При некоторых нарушениях обмена веществ;
При некоторых заболеваниях крови;
Аноксические судороги
Аффективно-респираторные судороги
Спазмофилия
Истерические судороги

При назначении рентгенографии черепа для уточнения генеза судорог и дифференциальной диагностики учитываются: малые размеры черепа, преждевременное закрытие родничка, наличие выраженных пальцевых вдавлений при микроцефалии, увеличенные размеры черепа при повышенном внутричерепном давлении, гидроцефалии, состояние швов и родничков.

Исследование глазного дна позволяет у новорожденных, перенесших внутричерепное кровоизлияние, обнаружить кровоизлияние в сетчатку. При заболеваниях, сопровождающихся повышением внутричерепного давления на глазном дне наблюдаются застойные диски зрительных нервов. Все эти исследования можно сделать в амбулаторных условиях.

В сложных случаях проводят дополнительные исследования в клинических условиях: пневмоэнцефалография, компьютерная томография, МРТ, ангиография, реоэнцефалография, спинномозговая пункция и др.

Неотложная помощь (использовать в качестве раздаточного материала, включить в программу «Маминой школы»):

Обеспечить проходимость верхних дыхательных путей: удалить из полости рта скопление слизи и мокроты пальцем, обмотанным бинтом или марлей (по возможности). Родителям: не поддаваться панике, вести себя спокойно; расстегнуть воротник и

освободить от тесной одежды; положить ребенка на спину и повернуть голову набок; не пытаться разжать челюсти с помощью каких-либо предметов; измерить температуру; внимательно наблюдать за течением приступа; не давать никаких лекарств или жидкостей перорально; находиться возле ребенка до полного прекращения приступа.

При возникновении первых судорог у ребенка всегда необходима госпитализация для полного клинического и лабораторного обследования, с целью установления причины возникновения судорожного припадка.

Для купирования судорог показано введение одного из препаратов: седуксена (релани- ума), дроперидола, раствора натрия оксибутирата. При длительно не купирующихся судорогах показано введение гексенала. При угнетении дыхания, нарастающих судорогах, отсутствии аппаратуры для ИВЛ гексенал назначать не следует. При спазмофилии показаны: 10% раствор кальция, магния сульфата.

Госпитализация больных обязательна в специализированное лечебное учреждение в зависимости от этиологии заболевания. Если на догоспитальном этапе судороги не удается купировать, больных госпитализируют в реанимационное отделение на носилках в положении лежа.

Гипертензионно-гидроцефальный синдром как отек и набухание головного мозга - это неспецифическая реакция, которая может возникать при различных воздействиях на мозг, в том числе при нейроинфекциях (гнойные, серозные менингиты, первичные энцефалиты) и при нейротоксикозе, наблюдающемся при острых респираторных заболеваниях.

С точки зрения теории изолированных пространств эти синдромы можно объяснить как нарушение венозного оттока крови, гиперсекрецию спинномозговой жидкости и нарушение ее резорбции в отличие от обтурационной гидроцефалии.

Литература

1. Неотложная скорая медицинская помощь: Руководство для врача. Под общей ред. проф. В.В. Никонова Электронная версия: Харьков, 2007. Подготовлена кафедрой медицины неотложных состояний, медицины катастроф и военной медицины ХМАПО.
2. Новые, основанные на доказательствах рекомендации по лечению детей с судорогами. Laurie Barclay, MD, Dftsirfte Lie, MD, MSED New Evidence-Based Guidelines Assist With Immediate Management of Children With Seizure Сокращенный перевод с английского. Оригинал см. по адресу: <http://www.medscape.com/viewarticle/>.