



СУДОРОГИ У ДЕТЕЙ

Ярашева Шахло Халиловна

yarasheva2000@mail.com

+998914637747

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт
Студентки 414 группы факультета 1 педиатрии и народной
медицины

Амонова Наргиза Абдураззоковна

Научный руководитель:

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт
ассистент кафедры Госпитальной педиатрии №1, Народная
медицина

ARTICLE INFO

Qabul qilindi: 16- mart 2023 yil

Ma'qullandi: 18-mart 2023 yil

Nashr qilindi: 24-mart 2023 yil

KEY WORDS

*Среди клонических судорог
принято выделять следующие
типы*

ABSTRACT

*В этой научной статье рассматривается
патологическое
состояние -*

Судороги — непроизвольные сокращения отдельной мышцы или группы мышц, которые могут сопровождаться угнетением сознания, непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией.

Различают клонические, тонические судороги и «минимальные» приступы (судорожные эквиваленты).

Тонические судороги — представляют собой длительные мышечные сокращения, возникают медленно и длятся продолжительное время.

Клонические судороги — представляют собой непроизвольные, кратковременные быстрые мышечные сокращения, следующие друг за другом через короткий промежуток времени. Клонические судороги начинаются с подергивания мышц лица, затем переходят на конечности и становятся генерализованными; дыхание шумное, хрипящее, на губах появляется пена; кожа бледная, тахикардия

Среди клонических судорог принято выделять следующие типы:

- фокальные клонические судороги — повторяющиеся ритмичные сокращения мышц с одной стороны тела;
- мультифокальные клонические судороги — повторяющиеся ритмичные попеременные подергивания всех групп мышц тела с обеих сторон;
- миоклонические судороги — внезапные неритмичные сокращения мышц различных групп верхних и нижних конечностей.

Атонические судороги представляют собой падения из-за внезапной утраты мышечного тонуса, и падение человека происходит по вектору силы тяжести.

Астатические судороги проявляются падением вперед, вбок, назад.

У новорожденных наиболее часто отмечаются миоклонические судороги, у детей до трех лет одинаково часто встречаются как тонические, так и клонические судороги. У детей старше трех лет встречаются все виды судорожных припадков. Для подростков наиболее характерны генерализованные тонико-клонические и парциальные судорожные приступы.

Судороги являются симптомом разнообразных патологических состояний, в основе которых лежит нарушение активности клеток головного мозга

Этиология судорогу детей

- Врожденные пороки развития головного мозга.
- Метаболические расстройства: гипокальциемия, гипогликемия, нарушения водно-электролитного обмена, врожденные аномалии обмена веществ (фенилкетонурия)
- Аномалии сосудов головного мозга, внутричерепные и внутримозговые кровоизлияния.
- Инфекции различной этиологии (бактериальная, вирусная, грибковая или паразитарная).
- Новообразования ЦНС.
- Дегенеративные заболевания мозга (микроцефалия, локальная атрофия).
- Психиатрические расстройства (вспышки гнева) и/или нарколепсия.
- Прочие: гипоксия, отравления, лихорадка, передозировка лекарственных средств.
- Идиопатические расстройства.

Клинический симптомокомплекс судорожного синдрома у детей характеризуется внезапным началом, появлением двигательного возбуждения и блуждающего взгляда, запрокидывания головы, сгибания верхних конечностей в лучезапястных и локтевых суставах, выпрямлением нижних конечностей, смыканием челюстей. Может быть остановка дыхания, замедление пульса, нарастающий цианоз. Затем отмечается глубокий вдох и подергивание мимической мускулатуры, мышц конечностей. Дыхание шумное, храпящее. Цианоз сменяется бледностью.

Диагностика

Важное значение в диагностике судорожного синдрома у детей имеют инструментальные и лабораторные исследования. Проведение ЭЭГ помогает оценить изменения биоэлектрической активности и выявить судорожную готовность мозга. Реоэнцефалография позволяет судить о характере кровотока и кровоснабжения головного мозга. При рентгенографии черепа у ребенка может выявляться преждевременное закрытие швов и родничков, расхождение черепных швов, наличие пальцевых вдавлений, увеличение размеров черепа, изменения контуров турецкого седла, очаги обызвествления и другие признаки, косвенно свидетельствующие о причине судорожного синдрома.

Уточнить этиологию судорожного синдрома у детей в ряде случаев помогают нейросонография, диафаноскопия, КТ головного мозга, ангиография, офтальмоскопия, проведение люмбальной пункции. При развитии судорожного синдрома у детей необходимо выполнить биохимическое исследование крови и мочи на содержание кальция, натрия, фосфора, калия, глюкозы, пиридоксина, аминокислот.

Дифференциальная диагностика состояний, сопровождающиеся судорогами, для определения транспортировки в специализированное ЛПУ:

Инфекция нервной системы.

Острое отравление.

Сахарный диабет.

Черепно-мозговая травма.

Синдром гемо – ликвородинамических нарушений.

Эпилепсия.

Фебрильные судороги.

Аффективно-респираторные пароксизмы

Обычно возникает в первые 2 года жизни, чаще у детей 6 месяцев. На провоцирующий фактор (боль, гнев, страх или сильная досада) ребенок «заходится» в плаче, на фоне этого происходит задержка дыхания на вдохе. Развивается цианоз, иногда потеря сознания и кратковременные генерализованные судороги. Предполагается, что судороги обусловлены гипоксией мозга. Противосудорожная терапия при данном заболевании неэффективна. Врачу необходимо успокоить родителей и объяснить им, как уберечь ребенка во время приступа.

Фебрильные судороги делятся на простые и сложные.

Судороги у детей с повышением температуры тела являются фебрильными. Фебрильные судороги развиваются у 3-7% детей, обычно в возрасте между 6 мес и 5 годами (максимум на втором году жизни). Большинство педиатров не отмечают связи между выраженностью лихорадки и частотой возникновения фебрильных судорог. При этом в семье отсутствуют больные с судорожными приступами, нет указаний на судороги в анамнезе при нормальной температуре тела.

Кроме того, характерны:

- возраст ребенка от 6 мес до 5 лет;
- кратковременность и низкая частота (1-2 раза за период лихорадки) судорожного приступа;
- температура тела более 38 °С во время приступа судорог;
- отсутствие клинических симптомов инфекционного поражения головного мозга и его оболочек;
- отсутствие на ЭЭГ вне приступов судорог очаговой и судорожной активности;
- данные о перинатальной энцефалопатии у ребенка.

Риск повторения фебрильных судорог выше у детей на первом году жизни и составляет около 50%, в раннем возрасте он снижается до 40%, а в дошкольном возрасте, от 3 лет до 5 лет, он минимален и составляет 10%. У детей после 5 лет фебрильные судороги возникают редко.

Простые судороги носят генерализованный характер и продолжаются менее 30 минут (обычно до 10 минут).

Сложные судороги — это фокальные судороги длительностью более 30 минут или повторяющиеся более одного раза в сутки.

НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ

Неэпилептические судороги - полиэтиологические состояния. У детей с неврастенией и неврозом могут наблюдаться так называемые аффективно-респираторные судороги, генез которых обусловлен аноксией вследствие кратковременного, спонтанно разрешающегося апноэ, а не гипервентиляцией. Эти судороги развиваются у детей преимущественно от 1 года до 3 лет и представляют собой конверсионные (истерические) приступы. Возникают чаще всего в семьях с гиперопекой. У ребенка в результате эмоциональной реакции возникает вначале плач с покраснением лица, затем побледнение носогубного треугольника и «закатывание». Приступы могут сопровождаться потерей сознания, однако дети быстро выходят из этого состояния. Температура тела при аффективно-респираторных судорогах в норме, явлений интоксикации не наблюдается

Эпилептический статус

Эпилептический статус — это серия приступов судорог любого происхождения и типа длительностью более 30 минут либо серия судорожных припадков со стойкой потерей сознания в течение 30 минут. Для эпилептического статуса в большинстве случаев характерны генерализованные тонико-клонические судороги, сочетающиеся с горизонтальным и вертикальным нистагмом, клоническими подергиваниями глазных яблок, направление которых может периодически изменяться. Однако эпилептический статус — это не обязательно генерализованные тонико-клонические судороги! Эпилептический статус — это судороги любого вида длительностью более 30 минут!

Ключевые принципы интенсивной терапии судорог у детей

1. Обеспечение безопасности пациента, профилактика травматических повреждений.
2. Обеспечение проходимости ВДП, адекватной вентиляции и оксигенации:
 - при адекватном самостоятельном дыхании показана оксигенотерапия;
 - если спонтанное дыхание неадекватно, то показана искусственная вентиляция легких через маску с помощью саморасправляющегося мешка типа «AMBU».
3. Поддержание оптимального температурного гомостаза (согревание больного или устранение лихорадки и гипертермии).
4. Мониторинг уровня гликемии, при гипогликемии — ее коррекция.
5. Обеспечение надежного сосудистого доступа (катетеризация периферической вены катетером «на игле»).
6. Инфузия кристаллоидных растворов в режиме дегидратации (0,75 физиологической потребности). Оптимальными растворами для инфузии в данном случае являются сбалансированные кристаллоидные растворы.
7. Введение диуретиков и системных ГКС нецелесообразно.
8. Профилактика повторных приступов судорог путем введения противосудорожных препаратов. Препаратом выбора является диазепам (реланиум, валиум, седуксен, релиум). Действие диазепама после внутривенного введения наступает через 5-10 минут. Продолжительность действия — 2 часа. Основные характеристики препаратов представлены При отсутствии эффекта от однократного введения возможно повторное введение диазепама в дозе = 0,2-0,4 мг/кг через 10—15 минут. Максимальная

суммарная разовая доза диазепама составляет 15 мг. Через 2-4 часа при необходимости введение препарата можно повторить.

Объем медицинской помощи

1. Фебрильные судороги:

- 50% р-р Метамизола Натрия (Анальгин) 5-7 мг/кг (0,01 мл/кг) в/м детям грудного возраста (с 3-х месяцев), старше 1 года 0,1 мл/год, но не более 1 мл.

- физические методы охлаждения,

- Папаверин 2% - 0,1 – 0,2 мл детям до 1 года, старше 1 года 0,2 мл/год в/м,

- если судороги не купированы, Мидазолам (Дормикум) или Диазепам (Реланиум) – 0,3 мг/кг в/в.

2. Гипокальциемические судороги (спазмофилия):

- 10% р-р Кальция Глюконата 50 мг/кг в/в медленно, после предварительного разведения в 20 мл раствора 5-10% Глюкозы.

3. Гипогликемические судороги:

- 20% р-р Глюкозы 200 мг/кг (2-5 мл/кг) в/в медленно.

4. Судорожный припадок при эпилепсии:

- предотвращение прикусывания языка (вставить роторасширитель или шпатель),

- профилактика аспирации крови и рвотных масс (удаление крови, слизи, рвотных масс из ротовой полости; голову повернуть на бок),

- предупреждение травмирования головы и конечностей во время судорожного приступа,

- при длительности судорог более 3-5 минут ввести Диазепам (Реланиум) 0,3 – 0,5 мг/кг в/в или в/м,

- при повторяющихся судорогах Тиопентал Натрия 1% 8 – 10 мг/кг (на фоне проведения ИВЛ)

Во многих случаях судороги могут сохраняться на фоне проводимой терапии, что особенно у детей с органическим поражением ЦНС. В этой ситуации с учетом прогрессирования отека головного мозга и острой церебральной недостаточности показаны интубация и перевод на ИВЛ.

Литература:

1. Ш12 Детские болезни: Учебник для вузов. 6-е изд. В двух томах. Т. 1. — СПб.: Питер, 2011. — 928 с.: ил. — (Серия «Учебник для вузов»).

2. Александрович Ю . С. Интенсивная терапия критических состояний у детей: пособие для врачей [Текст] / Ю. С. Александрович, К. В. Пшениснов, В. И. Гордеев. — СПб.: Изд-во Н-Л, 2014, — 976 с

3. Папаян Е. Г., Ежова О. Л. Оказание неотложной медицинской помощи детям. Алгоритмы манипуляций: Учебное пособие. — СПб.: Издательство «Лань», 2019. — 176 с.: ил. — (Учебники для вузов. Специальная литература)

4. Синдромная диагностика в педиатрии: Справочник/ Под СII ред. акад. РАМНА А. Баранова. - М.: Медицина, 1997. - 320 с. ISBN 5-225-02792-X

5. <https://studfile.net>, <https://www.msmanuals.com>