

**Кадырова Р.М., Джолбунова З.К., Чечетова С.В., Мамбетова М.К.,
Осмоналиева Г.Т., Терехова Е.Ю., Давлетбаева М.М., Халупко Е.А.**

СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

УДК: 616-053.2

В работе проведен анализ случаев судорожного синдрома у детей с острыми респираторными инфекциями на фоне гипертермии.

Ключевые слова: острые респираторные инфекции, гипертермия, судорожный синдром.

Analysis of causes of convulsions was made in children with acute respiratory infections and hyperthermia.

Key words: acute respiratory infections, hyperthermia, convulsions.

Введение:

Инфекционный процесс у детей часто сопровождается в той или иной степени реакцией со стороны нервной системы. Эти реакции чаще всего носят неспецифический характер и не имеют патогномичных симптомов для конкретного инфекционного заболевания (1). Одним из неспецифических реакций со стороны нервной системы является судорожный синдром (1). Причинами судорожного синдрома у детей могут быть: черепно-мозговая травма (ЧМТ), нейроинфекции, опухоль головного мозга, нарушение мозгового кровообращения, обмена веществ, гипокальциемия (4).

Наиболее частыми причинами судорог у детей до 5 лет являются гипертермический и нейротоксический синдром при ОРИ. Фебрильные судороги чаще возникают при повышении температуры тела свыше 38°C (4). В основе их возникновения лежит патологическая реакция ЦНС на действие инфекционных агентов и их токсинов у детей с повышенной судорожной готовностью мозга, которая может быть обусловлена генетической предрасположенностью к пароксизмальным состояниям и перинатальной патологией ЦНС (внутриутробная инфекция, перинатальной асфиксии, черепно-мозговой травмы) (1,2,3).

Целью настоящей работы являлось изучение судорожного синдрома у детей с ОРВИ на фоне гипертермии.

Материалы и методы исследования.

За 6 месяцев 2007 года, с клиническим диагнозом «ОРИ» пролечено в отделении респираторной патологии Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) 1120 детей. Из них 90 детей от 1 месяца до 8 лет поступили с диагнозом «ОРИ, судорожный синдром».

Проведено клинко-эпидемиологическое обследование детей с судорожным синдромом. Использовались общеклинические, биохимические и функциональные (рентген легких, УЗИ головного мозга) методы исследования по показаниям.

Результаты и обсуждение.

Возрастная структура обследованных больных была представлена следующим образом: дети в возрасте 1-12 месяцев - 31 (34,5%), от 1 года до 5 лет - 55 (61,1%) больных, старше 5 лет - 4 (4,4%) (Рис1).

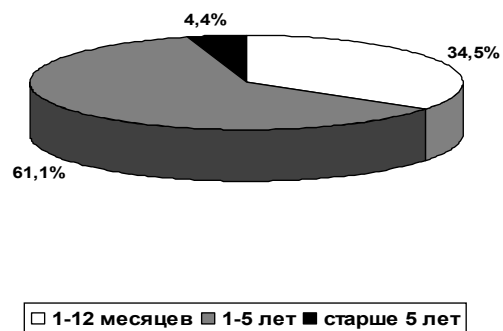


Рис. 1 Возрастная структура детей с судорожным синдромом

Среди заболевших детей 62 (75,6%) были жителями города Бишкек, остальные иногородние, что соответствует современному социальному экономическому уровню жизни.

Скорой медицинской помощью были доставлены 50 (55,6%) больных, из других стационаров поступило 19 (21,1%) детей, поликлиниками города (ЦСМ) были направлены 12 (13,3%) больных. Без направления врачей поступили 9 (10%) детей.

При выяснении эпидемиологического анамнеза мамы в основном, заболевание связывали с переохлаждением - 79%, контакт с больными ОРИ был выявлен у 21% детей.

Больные с судорожным синдромом в основном поступали в отделение респираторной патологии рано, на 1-2 день от начала заболевания - 73 (81%), из них 14 детей сразу поступили в отделение реанимации по тяжести состояния. Остальные 17 (19%) поступили на 3 день болезни и позже, так как обращались за медицинской помощью в поликлиники и другие стационары города (Рис. 2).

До поступления в инфекционный стационар 6,6% детей получили противосудорожные препараты: диазепам, сибазон, конвулекс, жаропонижающие препараты (51,1%) - литическую смесь, парацетамол, а также антибактериальную терапию (ампициллин, пенициллин, амоксициллин) - 8,8% больных.

Больные дети поступали в инфекционный стационар с основным направляющим диагнозом «ОРИ, фебрильные судороги»

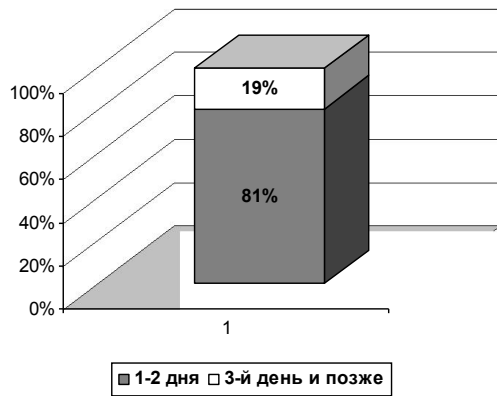


Рис.2. Сроки поступления больных детей с судорожным синдромом в РКИБ

В клиническом диагнозе у большинства 63 (70%) больных преобладал диагноз «ОРИ, фебрильные судороги», у 10 (11%) - ОРИ, пневмония, у 6 (6,7%) – ОРИ, обструктивный синдром, у 5 (5,6%) – ОРИ, нейротоксикоз, ОРИ, острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) - у 6 (6,7%) детей.

При выяснении акушерского анамнеза матерей у 24 (26,6%) больных детей была отмечена патология родов и беременности: угроза выкидыша, асфиксия, преждевременные роды, токсикоз и тяжелая нефропатия.

Каждый второй ребенок (55,5%) имел неблагоприятный преморбидный фон с поражением ЦНС: перинатальную патологию ЦНС, синдром внутричерепной гипертензии, черепно-мозговую травму, детский церебральный паралич (ДЦП), гидроцефалию, недоношенность с нарушением мозгового кровообращения и эпилепсия. Из них 34,4% детей, преимущественно раннего возраста состояли на учете у невропатолога. Эти данные свидетельствуют о непосредственном влиянии патологии нервной системы на развитие судорожного синдрома у детей, больных ОРИ, протекающих с гипертермией.

Повторные судороги в анамнезе были у 18,8% детей. До поступления в инфекционный стационар у 50,0% наблюдаемых детей судороги были купированы еще дома. В тоже время в состоянии судорожного синдрома поступило 27,0% больных, а у 23,0% детей судороги не прекращались и были повторными в реанимационном отделении.

Основными жалобами при поступлении были повышение температуры тела и судороги. Температура тела у больных детей колебалась от субфебрильной до очень высоких цифр. Следует отметить, что развитие судорог на фоне субфебрильной температуры (37-38°С) преимущественно отмечалось у детей раннего возраста на фоне ППЦНС, синдрома внутричерепной гипертензии.

У 50% детей, больных ОРИ, судороги были однократными, у 34% – повторными, и лишь у 5,6% детей отмечались многократные тонико-клонические судороги, которые были обусловлены развитием нейротоксикоза.

Несмотря на развитие судорожного синдрома, была установлена среднетяжелая форма ОРИ у 55 (61%) больных, а тяжелая форма - у 35 (39%). В то же время наличие судорожного синдрома свидетельствует о тяжелой форме болезни и диктует необходимость оказания неотложной помощи и дальнейшего внимания, так как имеет место развитие грозного для жизни ребенка – судорожного синдрома.

Следует отметить, что 19 (21,1%) больных по тяжести состояния получили лечение в отделении реанимации, так как у 6 детей развился нейротоксикоз, у 10 больных сопутствовала тяжелая дыхательная недостаточность, а также нарушение сознания у 3-х наблюдаемых больных.

Негативное влияние на течение болезни оказывали сопутствующие заболевания: анемия -38%, ОКИ – 13,3%. А у больных детей старше года судорожный синдром развивался на фоне эпилепсии и ДЦП.

Осложнения имели место у 15 (16,6%) больных. Из них отек головного мозга был у 4-х детей, пневмония с выраженной дыхательной недостаточностью – у 10 детей и у 1 ребенка ДВС синдром.

Анализ данных периферической крови позволил выявить в поздние сроки болезни у 24 (26,6%) больных лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, также повышение СОЭ. Эти данные периферической крови свидетельствуют о присоединении вторичной бактериальной инфекции и осложненном течении ОРИ у детей.

Биохимическое исследование крови проводилось по показаниям и недостаточно и то только у детей, находившихся в отделении реанимации с нейротоксическим синдромом. Были выявлены: гипопропротеинемия 4,4%, гипокальциемия в 1,1%. Поэтому целесообразно определять уровень кальция крови у всех детей с судорожным синдромом уже при поступлении в инфекционный стационар, так как одной из важных причин развития судорог является недостаток кальция в крови у детей раннего возраста.

УЗИ головного мозга у 6 (6,6%) детей первого года жизни позволило выявить признаки внутричерепной гипертензии и у 2 детей признаки отека головного мозга, что свидетельствует о частоте поражения ЦНС у детей с ОРИ и судорожным синдромом.

Терапия у всех больных детей включала антибактериальное, дезинтоксикационное, противосудорожное и симптоматическое лечение.

Антибиотики были назначены большинству 74 (82,2%) больных уже с приемного отделения в ранние сроки заболевания ОРИ. Спектр которых был разнообразным: пенициллин, цефазолин, гентамицин, цефатоксим, роцефин, амоксициллин и ампициллин. Но основным показанием для назначения антибактериальной терапии является наличие пневмонии, тяжелых неотложных синдромов, лихорадка более 3-х дней.

Противосудорожные препараты получили 40 (44,4%) детей: сибазон, диазепам, брозепам, сульфат магния 25%. Часть детей с перинатальной патологией ЦНС принимали фенобарбитал. Больные дети старше года с установленным диагнозом эпилепсии

(4%) по назначению невропатолога получали конвулекс, карбамазепин.

Гормональная терапия (преднизолон) была назначена 14 (15,5%) больным, внутривенная дезинтоксикационная терапия – 31 (34,4%) детей.

Исход болезни у 27 (30%) больных закончился выздоровлением, 47 (52,2%) - выписаны с улучшением и 16 (17,8%) детей мамы забрали самовольно домой из отделения сразу после купирования судорог на 1-2 день пребывания.

Выводы:

1. Фебрильные судороги чаще возникают у детей в возрасте до 5 лет, особенно в течение первого года жизни.

2. Развитие судорог у детей с ОРИ чаще регистрируются у детей как раннего возраста (33,4%) на фоне отягощенного преморбидного состояния (ППЦНС, синдром внутричерепной гипертензии), так

и у детей старше года - судороги чаще возникают на фоне эпилепсии, ДЦП.

3. Судорожный синдром диктует необходимость назначения неотложной синдромальной терапии с учетом других неотложных синдромов и этиологического фактора болезни.

Литература:

1. Богодельников И.В., Кубышкин А.В. Поражение нервной системы при инфекционных заболеваниях у детей. /Симферополь: Крым-Фарм Трейдинг, 2004г. 665с.
2. Вельтищев Ю.Е., Шаробаро В.Е., Степина Г.Г. Неотложные состояния у детей. /М. Медицина. 2004г. с.250-251.
3. Петрушина А.Д. Мальченко Л.А. Кренинина Л.М. Неотложные состояния у детей /М. «Мед.книга» Изд. Ц. «Академия» 2002. с.30
4. Plotz F.B., Van Braiul M.J. Gooskens R.H. Acute encephalopathy y in children. // Ned. Tijdschr. Geneesd. – 2000. – Vol. 144, N 33. P.1569-1572.