

*Бакаева А.К., Мусуркулова Б.А., Мустапаева Ж.Ш.,  
Болотбекова А.Ж., Касымбек кызы Г.*

**БАЛДАРДЫН ЫСЫТМА УЧУРУНДА КАРЫШЫП КАЛУУ ДАРТЫН  
АНЫКТОО ЖАНА ДАРЫЛОО СУРООЛОРУ**

*Бакаева А.К., Мусуркулова Б.А., Мустапаева Ж.Ш.,  
Болотбекова А.Ж., Касымбек кызы Г.*

**ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ФЕБРИЛЬНЫХ  
ПРИСТУПОВ У ДЕТЕЙ**

*A.K. Bakaeva, B.A. Musurkulova, Zh.Sh. Mustapaeva,  
A.Zh. Bolotbekova, Kasymbek kyzy G.*

**DIAGNOSE AND TREATMENT OF FEBRILE SEIZURES IN CHILDREN**

УДК: 616.8-009.2-053.2-07-08

*Бул макалада балдардын ысытма учурундагы карышып калуусунун себептери, оорчуу механизмдери, клиникалык белгилери каралган. Балдардын ысытма учурундагы карышып калуусун өз учурунда аныктоо жана туура дарылоо бул оорунун талмага өтүп кетишине бөгөт болот.*

**Негизги сөздөр:** ысытма учурунда карышып калуу, балдар, дартты аныктоо, талма, карышып калууга каршы дарылар.

*В обзоре рассмотрены вопросы диагностики и лечения фебрильных приступов у детей. Своевременная диагностика и правильное лечение фебрильных приступов у детей предупреждает трансформацию их в эпилепсию.*

**Ключевые слова:** фебрильные приступы, дети, диагностика, эпилепсия, противосудорожные средства.

*The article deals with problems of diagnosis and treatment of febrile seizures in children. Timely diagnosis and proper treatment of febrile seizures in children prevents their transformation into epilepsy.*

**Key words:** febrile seizures, children, diagnostics, epilepsy, anticonvulsants.

Актуальность проблемы фебрильных приступов обусловлена их потенциальной возможностью трансформироваться в эпилепсию, а в случае статусного течения оказывать негативное влияние на нервно-психическое развитие ребенка. В связи с этим необходимы своевременная диагностика и адекватная терапия.

В процессе диагностики фебрильных приступов (ФП) необходимы тщательный сбор анамнеза, оценка соматического и неврологического статусов, психомоторного и эмоционального развития, особенностей течения приступа [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Ряд авторов подчеркивает, что ЭЭГ не показана детям с ФП независимо от того простые они или сложные, тем более никаких специфических изменений на ЭЭГ не выявляется [3, 7]. ЭЭГ-исследование, длительный видео-ЭЭГ-мониторинг с включением сна имеют незначительную роль в диагностике ФП [2, 4]. В то же время Трепилец В.М. с соавторами утверждает, что ЭЭГ-исследование в состоянии бодрствования и сна в динамике остается единствен-

ным информативным методом диагностики эпилептиформных нарушений у детей с фебрильными судорогами, в том числе в определении прогноза заболевания и возможности трансформации в эпилепсию [8]. Этого же мнения придерживаются и другие авторы [5, 9].

МРТ и КТ исследование назначается только в случае атипичных ФП, отсутствии быстрого восстановления больного. МРТ при типичных ФП не выявляет отклонений от нормы [3, 4, 10, 11, 12]. При атипичных ФП нередко выявляется склероз аммонова рога, что является серьезным признаком вероятной трансформации в эпилепсию [4].

Истинные ФП следует дифференцировать от других судорог, возникающих при повышении температуры:

- эпилептические припадки, вызванные лихорадкой;
- судороги при нейроинфекциях;
- метаболические судороги (гипогликемия, гипокальциемия и т.д.) – при инфекционных заболеваниях и без таковых [1, 5, 6, 7].

При наличии гипертермии у детей с ФП в анамнезе необходимо проведение мероприятий, способствующих снижению температуры тела, включая обтирания водой комнатной температуры [1, 3, 4, 6, 13, 14]. По рекомендации ВОЗ детям с наличием ФП в анамнезе пороговое для назначения жаропонижающих средств значение температуры тела может быть снижено до уровня 37,5-38 С [15]. Жаропонижающим средством первого выбора является парацетамол в разовой дозе 10-15 мг/кг (до 60мг/кг/сут). Рекомендуются также ибупрофен в разовой дозе 5-10 мг/кг (20-40 мг/кг/сут).

При типичных ФП длительное назначение антиэпилептических препаратов (АЭП) недопустимо [4]. Возможно 2 метода терапии: прерывистое назначение АЭП перорально во время лихорадки и парентеральное введение препаратов в начале развившегося приступа [1]. Прерывистая профилактика АЭП проводится в течение всей лихорадки и 2-3 дня после нее. Препаратом первого выбора служит фенobarби-

тал в дозе 3-5 мг/кг/сут в 2 приема с 12-часовым интервалом. Препарат второго выбора - клобазам в дозе 0,5 мг/кг/сут в 2 приема. Применим конвулекс в форме таблеток пролонгированного действия в дозе 30мг/кг/сут в течение 7 дней [4]. В момент начавшихся приступов рекомендуется парентеральное введение препаратов для купирования приступа и предупреждения развития длительного приступа и эпилептического статуса. Показаны диазепам внутривенно или внутримышечно в разовой дозе 0,25 мг/кг (возможно введение 2 раза в сутки), а также конвулекс внутривенно струйно 10-15 мг/кг/сут.

При атипичных ФП и наличии факторов риска рецидива приступов рекомендуется назначение постоянной противосудорожной терапии в соответствии с характером приступов сроком не менее 2-х лет [5, 10, 16]. Препаратом выбора является вальпроевая кислота в дозе 20-40 мг/кг/сут дважды в день.

Профилактическая противосудорожная терапия при ФП не показана [3, 5].

Прогностическое значение имеют три аспекта ФП:

- вероятность повтора приступа;
- вероятность трансформации в эпилепсию;
- формирование стойкого неврологического и интеллектуального дефицита.

Исходы ФС варьируют от полного выздоровления до трансформации в афебрильную форму пароксизмов или эпилепсию [2, 3, 4, 5, 6].

В целом, проблема фебрильных приступов на сегодняшний день имеет большое количество вопросов. Тщательное изучение и правильная оценка клинической симптоматики, полное лабораторно-инструментальное исследование имеют большое значение для своевременной диагностики, определения правильной тактики лечебных мероприятий, тем самым предупреждая трансформацию в эпилепсию.

#### Литература:

1. Бадалян Л.О., Темин П.А., Мухин К.Ю. Фебрильные судороги: диагностика, лечение, диспансерное наблюдение// Методические рекомендации. - М., 1998. - С. 24.
2. Долинина А.Ф. Фебрильные судороги у детей: диагностика, тактика медицинской помощи и прогноз. Дисс. докт. мед. наук., 2015. - С. 228.
3. А-Саиб Эль-Радхи, Дж.Кэррола. Пер. с англ. под ред. Таточенко В.К. Лихорадки у детей. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2014. - С. 400.
4. Мухин К.Ю., Миронов М.Б., Долинина А.Ф., Петрухин А.С. Фебрильные приступы (лекция)// Русский журнал детской неврологии, 2010. - Т. V, вып. 2. - С.17-30.
5. Гузева М.И. Руководство по детской неврологии. - МИА, 2009. - С. 640.
6. Студеникин В.М., Турсунжуаева С.Ш., Шелковский В.И., Пак Л.А. Фебрильные судороги у детей: теоретические и практические аспекты // Вопросы практической педиатрии. - 2010. - Т. 5, №2. - С. 66-75.
7. Долинина А.Ф., Громова Л.Л., Мухин К.Ю. Факторы риска трансформации фебрильных судорог в эпилепсию // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2015, №S1. - С.22-25.
8. Трепилец В.М., Голоская Г.С., Щедеркина И.О. и др. Простые фебрильные судороги в практике педиатра и детского невролога: особенности течения и риск развития эпилепсии. // Педиатрия, 2014, Т. 93, №1. - С.65-67.
9. Исмаилова Н.Б. Исходы фебрильных судорог у детей. - Вестник КАЗНМУ, 2013. - С.7-18.
10. Кузенкова Л.М., Шайтор В.М., Глоба О.В. Пароксизмальные состояния эпилептического и неэпилептического генеза у детей. Принципы диагностики и терапии// Педиатрическая фармакология, 2016, №1. - С.38-43.
11. Di Mario F.S. Children presenting with complex febrile seizures do not routinely need computed tomography scanning in the emergency department. Pediatrics 2006, v.117. - P. 528-530.
12. Sajun Chung MD. Febrile seizures. Korean J. Pediatr. 2014, Sep. 57(9). - P. 384-395.
13. Григорьев К.И., Запруднов А.М., Харитонов Л.А. Лечение лихорадки при ОРЗ и гриппе у детей// Практика педиатра, 2013, декабрь. - С.28-32.
14. Полякова А.С., Бакрадзе М.Д., Таточенко В.К. Значение лихорадки у детей // Вопр. совр. педиатрии, 2015, Т. 14, №2. - С. 271-275.
15. World Health Organization. Pocket book of hospital care for children. Guidelines for management of common childhood illnesses. 2 ed, Geneva, WHO, 2013. - P. 438.
16. Медведев М.И. Проблемы диагностики и терапии судорожных состояний в раннем детском возрасте и пути их решения// Педиатрия, 2012. - Т.91, №3. - С. 149-158.

Рецензент: к.м.н., доцент Шайдерова И.Г.