



## НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕБРИЛЬНЫХ И АФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ.

Гаффорова В.Ф.

Бухарский Государственный Медицинский Институт имени Абу Али Ибн Сина

**Резюме:** в статье приводятся результаты исследования детей с фебрильными и афебрильными судорогами в сравнительном аспекте. Установлено, что фебрильные судороги развиваются при гипертермии по причине соматического заболевания и сопровождаются микроорганической рассеянной симптоматикой, не влияющей на когнитивное развитие ребенка.

**Ключевые слова:** фебрильные судороги, афебрильные судороги, дети.

Судорожный синдром - одна из наиболее актуальных проблем детской неврологии. Частота эпилепсии в популяции составляет 0,5-0,75% детского населения, а фебрильных судорог (ФС) - до 5%. Около половины всех судорог приходится на возраст до 15 лет, из них наибольшее количество судорог отмечают в возрасте от 1 до 9 лет. Частое развитие судорог в детском возрасте объясняют, как особенностями нервной системы ребёнка, так и многообразием причин, их вызывающих[1-6].

Фебрильные судороги (англ. – febrileseizures) – это пароксизмы различной продолжительности, протекающие преимущественно в виде тонических или тонико-клонических припадков в конечностях, возникающие у детей грудного, раннего и дошкольного возраста при температуре тела не менее 37,8–38,5оС (за исключением судорог, индуцированных инфекциями ЦНС), с вероятной трансформацией в последствии в афебрильные судороги и эпилепсию [3-5,7]. Предшествующее наличие в анамнезе у детей афебрильных приступов не позволяет рассматривать эпизоды судорог, возникающих на фоне гипертермии, в качестве фебрильных [8-11].

Фебрильные приступы (ФП), наиболее частые пароксизмальные состояния среди детей в возрасте от 6 мес. до 5-7 лет, относятся к группе заболеваний, которые не требуют обязательного диагноза эпилепсии. Сам термин фебрильные судороги в 2001 году был заменен на фебрильные приступы, так как в клинической картине данного состояния могут наблюдаться не только судорожные, но и бессудорожные пароксизмы[1-2].

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-неврологических проявлений фебрильных судорог у детей.





В обследуемую основную группу вошли 26 детей с простыми фебрильными судорогами, во вторую группу вошли 24 ребенка с афебрильными судорогами, развившимися после эпизода фебрильных судорог. Контрольную группу составили 20 здоровых детей, сопоставимых с больными по полу и возрасту. Всем детям проводилось целенаправленное клиничко-неврологическое, лабораторное и инструментальное обследование.

Диагноз устанавливали на основании результатов клинических и нейрофизиологических (ЭЭГ, компьютерной и магнитно-резонансной томографий) исследований.

У обследованных детей были обнаружены сопутствующие заболевания в виде патологии ЛОР-органов: тонзиллиты (25%), риносинуситы (19%), патология носоглотки – 10,8%, патология гепатобилиарной системы: дискинезия желчевыводящих путей (59,2%), холециститы (18,3%), желудочно-кишечного тракта: колиты (19,2%), анемии (32,5%), в результате сбора анамнеза были выявлены следующие перенесенные заболевания: вирусный гепатит А (11,7%), детские инфекции (76,7%). У исследуемых отмечались частые ОРВИ (98,3%) и простудные заболевания, число эпизодов за холодный период составляло 3 раза и выше, что свидетельствует о достаточном снижении иммунного статуса, эти дети относились к группе часто болеющих детей.

В ходе обследования неврологического статуса при фебрильных судорогах определялась рассеянная мелкоочаговая симптоматика, в виде оживления сухожильных рефлексов у 10 детей (38%), вегетативной дисфункции в виде гипергидроза ладоней и стоп и мраморности кожных покровов у 8 детей (31%), гемигипоплазии у 6 детей (23%). Тогда как при афебрильных судорогах признаки отклонений были более выражены: повышение сухожильных рефлексов у 23 детей (96%), патологические рефлексы у 8 детей (23%), нарушение координации движений у 5 детей (21%), центральный парез 7 пары у 18 детей (75%), асимметрия лица у 15 детей (63%), глазодвигательные расстройства и косоглазие у 11 детей (46%)

Одним из характерных нарушений для детей с афебрильными судорогами – это отставание в психоречевом развитии у 10 детей (42%). Признаки соматоформного расстройства ВНС были характерны для детей группы с фебрильными судорогами, тогда как в группе с афебрильными судорогами наблюдались у 31 % детей.





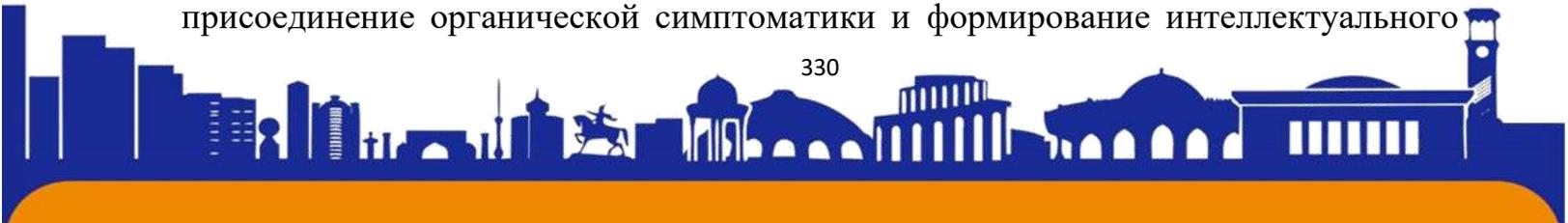
ISSN (E): 2181-4570 ResearchBib Impact Factor: 6,4 / 2023 SJIF 2024 = 5.073/Volume-2, Issue-9

Для группы детей с фебрильными судорогами было характерно: первый дебют судорог отмечался после 1 года, причиной развития судорог была гипертермия, приступ носил генерализованный клонико-тонический характер, длительность судорожного пароксизма составила до 5-10 минут. После судорог очаговой симптоматики, сопорозного состояния, оглушенности, длительного послесудорожного сна, непроизвольного акта дефекации и мочеиспускания не отмечалось. Судороги отмечались при выраженной гипертермии, причиной которой явились вирусная инфекция верхних дыхательных путей, обострение хронического тонзиллита, кишечные инфекции.

Необходимо отметить, что видимого отличия в поведении детей после простых фебрильных судорог не отмечалось, капризность и плаксивость больше связывали с соматическим заболеванием, особенно госпитализированные в соматические отделения пациенты. У детей с фебрильными судорогами не наблюдалось каких-либо органических знаков. Одним из проявлений была дисфункция ВНС, которая проявлялась гипергидрозом ладоней и стоп, мраморностью кожных покровов. По данным Гузевой В.И. в основе патогенеза ФС лежит дисфункция терморегуляционных центров, вследствие неполноценных структур лимбико-ретикулярного комплекса (нарушение сна и вегетовисцеральные расстройства).

В группе детей с афебрильными судорогами отмечались атипичные приступы, как правило, фокальные, чаще гемиклонические у 12 детей (50%), у 5 детей (21%) носили характер абсансов, у 7 детей (29%) отмечались вторично-генерализованные судорожные пароксизмы. Приступ судорог отмечался больше при субфебрильной температуре (63%). При этом отмечалось длительность более 5 минут, преобладание судорог с одной стороны, асимметрия в движениях правой и левой конечностей, акт мочеиспускания отмечался у 3 детей, полное выключение сознания у 4 детей и сопорозное состояние у 3 детей.

Необходимо отметить что большая часть этих детей была госпитализирована в реанимационное отделение, у 2 детей развился эпилептический статус, у 8 детей отмечались повторные судороги такого же характера в течение суток. После приступа атипичных фебрильных судорог у 11 детей (46%) этой группы, которые дебютировали до 1 года, после 4 лет развились афебрильные приступы, в последствие они были госпитализированы в неврологическое отделение с диагнозом симптоматическая эпилепсия. Родители отмечали в дальнейшем присоединение органической симптоматики и формирование интеллектуального





дефицита у этих детей. В дальнейшем у 50 % этих детей родители подтвердили наследственную отягощенность у этих детей, хотя в начале заболевания отрицали.

Выводы: фебрильные судороги развиваются при гипертермии по причине соматического заболевания и сопровождаются микроорганической рассеянной симптоматикой, не влияющей на когнитивное развитие ребенка.

### Литература

1. Мухин К.Ю., А.С. Петрухин. Фебрильные судороги // Неврология детского возраста. - М.: Медицина, 2004. - С. 664-668.
2. Гузева В.И. Специальные синдромы (ситуационно-обусловленные приступы) / В.И. Гузева // Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей. - М.: МИА, 2007. - С. 443-457.
3. Engel J. r. A proposed diagnostic scheme for people with epileptic seizures and with epilepsy:  
Report of the ILAE Task Force on Classification and Terminology // *Epilepsia*. 2001. - V. 42(6). - P. 796-803.
4. Мухин К.Ю. Фебрильные приступы (Лекция) / К.Ю. Мухин, М.Б. Миронов, А.Ф. Долинина, А.С. Петрухин // *Русский журнал детской неврологии*. - 2010. - Т. 5(2). - С. 17-30.
5. Hampers L.C. Evaluation and management of pediatric febrile seizures in the emergency department / L.C. Hampers, L.A. Spina // *Emerg. Med. Clin. North. Am.* - 2011. - Vol. 29(1). - P. 83-93.
6. Шанько Г.Г. Фебрильные припадки как первоначальные проявления эпилепсии у детей / Г.Г. Шанько, Е.Е. Шарко // *Медицинская панорама*. - 2006. - № 6. - С. 30-32.
7. ILAE. Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. *Epilepsia*. - 1993. - 34. P. 592-6.
8. ILAE Commission report, *Epilepsia*. - 2001. - Vol. 42. - P. 1212-1218.
9. Никанорова М.Ю., Темин П.А., Кобринский Б.А. Фебрильные судороги / Под ред. П.А. Темина, М.Ю. Никаноровой // *Эпилепсия и судорожные синдромы у детей*. - М.: Медицина, 1999. - С. 169-195
10. Millar J.S. Evaluation and treatment of the child with febrile seizure // *Am. Fam. Physician*. - 2006. - Vol. 73(10). - P. 1761-1764.
11. Шелковский В.И. Проблема фебрильных судорог у детей. / В.И. Шелковский, В.М. Студеникин, О.И. Маслова, Е.М. Мазурина и др. // *Вопросы современной педиатрии*. - 2005. - Т. 4(4). - С. 50.

