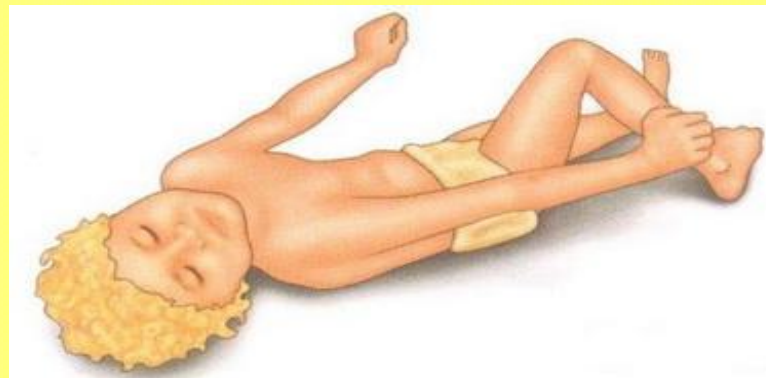


Судоми у дітей, диференційна діагностика

ВЕЛИКАНОВА Т.В.

СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ

Судорожный синдром по происхождению подразделяют на неэпилептический (вторичный, симптоматический, судорожные приступы) и эпилептический. Неэпилептические приступы могут в дальнейшем стать эпилептическими. Вторичные судорожные (эпилептиформные) приступы чаще наблюдаются у новорожденных и детей раннего возраста. Судороги могут быть связаны с асфиксией новорожденных, внутричерепной родовой или бытовой травмой, гипогликемией, гипокальциемией, гемолитической болезнью новорожденных (гипербилирубинемическая энцефалопатия), внутриутробными инфекциями. Судороги наблюдаются в начале острых инфекционных заболеваний, при эндогенных и экзогенных интоксикациях и отравлениях (уремия, печеночная кома, токсический синдром, бытовые отравления), при наследственных болезнях обмена (фенилкетонурия и другие аномалии обмена аминокислот, галактоземия, болезнь Тея - Сакса).



Причиной судорог могут быть:

- врожденные дефекты развития ЦНС,
- наследственные заболевания обмена,
- очаговые поражения головного мозга (опухоль, абсцесс).
- патология сердечно-сосудистой системы и сердца (врожденные пороки сердца, коллапс),
- некоторые заболевания крови (гемофилия, капилляротоксикоз, Тромбоцитопеническая пурпура, лейкоз),
- аноксические состояния, к которым относят обмороки, респираторно-Аффективные судороги (результат сильных эмоций),

У детей раннего возраста судороги могут быть связаны с высокой температурой.



При судорожном синдроме характерные изменения обнаруживаются на ЭЭГ. **Запись ЭЭГ** - это безболезненная процедура, обычно занимающая 15-20 минут. На голову пациента одевается специальная шапочка, устанавливаются очень чувствительные датчики, и производится регистрация активности мозга, которая в дальнейшем оценивается визуально специалистом, подвергается компьютерной математической обработке с построением карт и графиков мозговой активности. Данное исследование не имеет противопоказаний и не наносит никакого вреда пациенту, при необходимости ее можно повторять любое количество раз, проводится в любом возрасте.

Метод ЭЭГ позволяет:

- Оценить общую активность работы головного мозга.
- Выявить наличие очагов эпилептической активности, оценить "эпилеприформную активность" головного мозга.
- Выявить несвойственную мозгу (патологическую) активность, вне зависимости от ее причины, будь то травма, сосудистая патология, опухолевый процесс, резидуально-органические изменения и т.д.
- Оценить возрастные особенности деятельности головного мозга детей и подростков. При наличии несоответствия возрастной норме - оценить степень отставания формирования биоэлектрической активности головного мозга.

Рентгенография черепа

При рентгенографии черепа могут быть выявлены малые размеры или преждевременное закрытие родничков и швов (краниостеноз, микроцефалия), наличие пальцевых вдавлений, расхождение швов и увеличение размеров черепа при гидроцефалии, внутричерепная гипертензия, очаги обызвествления, изменения контуров турецкого седла, что свидетельствует об органической природе судорожного синдрома.



Компьютерная и магнитно-резонансная томография (КТ и МРТ) относятся к методам нейровизуализации, потому что с их помощью можно видеть структуры центральной нервной системы. За счёт компьютерной обработки сигналов можно получить послойное изображение головного мозга и даже реконструировать трёхмерную картину. Не причиняя практически никакого вреда человеку, удаётся заглянуть внутрь его головы и разглядеть мозг почти так же хорошо, как это можно сделать при патологоанатомическом исследовании. Методы позволяют диагностировать структурные изменения — опухоли, абсцессы (скопление гноя), аневризмы (расширения) артерий, внутричерепные гематомы (кровоизлияния).

КТ И МРТ

Разница между КТ и МРТ заключается в физических принципах, на которых эти методы основаны. При КТ используют рентгеновское излучение, точно так же, как и при обычной рентгенографии черепа. Разница в том, что при рентгенографии получаемое изображение – простая проекция черепа и головного мозга, на которой все «тени» накладываются друг на друга и структуры головного мозга различить не удаётся. При КТ же лучи проходят через голову в

неско
датчи
итоге
голо
обра
паци
одно
пред



несколькими
компьютер. В
разные срезы
тологическое
гественно, на
однако при
пасности не



Метод МРТ

Основан на использовании явления ядерного парамагнитного резонанса. Несмотря на угрожающее название «ядерный», это исследование практически безвредно: голову всего лишь помещают в магнитное поле. С лучевой нагрузкой МРТ не связана. Однако этот метод нельзя использовать, если в головном мозге есть металлические образования, например, если было огнестрельное ранение и в голове осталась пуля, ребенок носит брекеты, а так же пациент носитель водителя сердечного ритма.

Диагноз основывается на:

- жалобах
- анамнезе (*в том числе семейном*)
- клинических проявлениях
- клинических и биохимических показателях
- исследования ликвора
- дополнительных методах обследования (ЭХО - ЭГ, ЭЭГ, МРТ , КТ , осмотра глазного дна).
- генетического консультирования

Основной этап выполнения манипуляции. Доврачебная медицинская помощь.

1. Уложить ребенка на ровную мягкую поверхность.
2. Очистить полость рта от содержимого, повернуть голову набок для предупреждения аспирации слизи и рвотных масс.
3. Расстегнуть стесняющую одежду.
4. Обеспечить доступ свежего воздуха, по возможности подачу кислорода.
5. Защитить от механических травм. Для этого между коренными зубами до приступа заложить узел салфетки (полотенца) или ввести шпатель (ложку), обернутый толстым слоем бинта, во избежание прикуса языка, положить голову - на мягкую поверхность, голову и туловище придерживать, убрать предметы, способные создать условия для дополнительной травмы. Устранить возможные световые, звуковые, механические и другие раздражители.
6. Приготовить лекарственные средства и другое оснащение для оказания врачебной неотложной помощи.

ТАКТИКА ПЕДИАТРА

- Ввести 0,5% раствор седуксена (реланиума) в дозе 0,1 мл/кг массы (0,3-0,5 мг/кг) в/в или в/м под язык в 5-10 мл 0,9% раствора хлорида натрия.
- Ввести внутривенно или внутримышечно лазикс или фуросемит 1-3 мг/кг.
- При повторном приступе судорог ввести 20% раствор оксибутирата натрия в дозе 0,25-0,4 мл/кг массы в/м или в/в в 10-20 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора хлорида натрия. При отсутствии эффекта от введенного противосудорожного средства в течение 25 минут вводят последующий противосудорожный препарат. Лоразепам ввести 4 мг внутривенно, повторное введение через 10 минут или диазепам 10 мг, повторное введение 10 минут.
- Вторая очередь выбора препарата фенитоин 250 мг внутривенно.
- Если приступы более 30 минут фенобарбитон (фенобарбитал) 10 мг/кг при скорости 100 мг/мин., или фенитоин 18 мг/кг при скорости 50 мг/мин.
- При этом необходим мониторинг жизненно важных функций.

**ЕСЛИ ПРИСТУПЫ ПРОДОЛЖАЮТСЯ 60 мин. И БОЛЕЕ НЕОБХОДИМ
ИНГАЛЯЦИОННЫЙ НАРКОЗ**