

УДК 616.9:578.825.1 1

Норалиев Исмоилжон

Кафедра педиатрии

Андижанский государственный медицинский институт

ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СУДОРОЖНЫХ ПРИСТУПОВ У ДЕТЕЙ

Резюме: Частота судорог среди детей составляет 2,2-3,5% населения. В Европе и Соединенных Штатах 2-4% всех детей имеют по крайней мере один эпизод фебрильных припадков в возрасте до пяти лет, в то время как в Японии этот процент намного выше и составляет 8,8% [1]. Более 60% из них приходится на первые 3 года жизни.

В этой статье упоминается, что патогенетическим механизмом возникновения любых судорог является вычисление синхронных патологических электрических зарядов центральных моторных эфферентных нейронов коры головного мозга в прецентральной лобной извилине, прямые причины этих синхронных зарядов могут быть разными в каждом конкретном случае.

В литературе, представленной в статье, выделяются следующие возможные причины данной патологии: лихорадка, вирусная инфекция, генетические факторы и перинатальная патология и др.

Ключевая слова: судорожный синдром, эпилепсия, головной мозг, детской возраст.

Noraliev Ismoiljon

Department of Pediatrics

Andijan State Medical Institute

FREQUENCY OF SEIZURES IN CHILDREN

Resume: The frequency of seizures among children is 2.2-3.5% of the population. In Europe and the United States, 2-4% of all children have at least one episode of febrile seizures before the age of five, while in Japan this

percentage is much higher at 8.8% [1]. More than 60% of them occur in the first 3 years of life.

This article mentions that the pathogenetic mechanism of the occurrence of any seizures is the calculation of synchronous pathological electrical charges of the central motor efferent neurons of the cerebral cortex in the precentral frontal gyrus, the direct causes of these synchronous charges may be different in each case.

The literature presented in the article highlights the following possible causes of this pathology: fever, viral infection, genetic factors and perinatal pathology, etc.

Keywords: convulsive syndrome, epilepsy, brain, childhood age.

Актуальность. Несмотря на достижения современной медицины, сегодня среди всех заболеваний растет количество эпилептических приступов. Вызывает тревогу тот факт, что частота, с которой происходят эти нападения, особенно у детей, высока. Современная медицина отличается генезом судорожных синдромов у детей и требует современного подхода к диагностике и выбору адекватной терапевтической тактики. Что касается частоты возникновения заболевания, то эпилепсия, которая является причиной увеличения приступов судорог у детей, является распространенным заболеванием в популяции, распространенность достигает 0,1—0,9%, 0,5—1% у детей в возрасте до 15 лет [2,6].

Впервые судороги у детей, эпилептические припадки часто следует отличать от острых симптоматических пароксизмов, под которыми понимаются судороги, непосредственно связанные с различными острыми патологическими состояниями центральной нервной системы. Несмотря на внешнее сходство, этот тип судорог имеет существенные различия в механизме возникновения и требует разных подходов к терапии [4,7].

Причины разные, одним из таких патологических состояний у детей являются острые нейроинфекции, в первую очередь вирусный энцефалит. Острые симптоматические приступы часто возникают при некоторых нозологических формах с частотой 65-70%, осложняя течение энцефалита у детей [1,6].

Патогенез судорог основан на сочетании таких факторов, как действие этиологического агента, интратекальное воспаление, повышенная проницаемость гематоэнцефалического барьера, ишемия и гипоксия головного мозга. Терапия, направленная на выявление и устранение этих факторов, значительно повышает эффективность лечения симптоматических судорог и других неврологических заболеваний.

Одним из наиболее распространенных вирусных энцефалитов у детей является ветряная оспа. Частота неврологических осложнений у детей с ветряной оспой колеблется от 0,01—0,03 до 0,1—0,2%, при этом почти 90% связаны с поражением центральной нервной системы, в первую очередь энцефалитом [5]. При развитии острой мозжечковой атаксии (церебеллита), сопровождающейся повреждением мозжечка, в этом случае возможно повреждение полушарий головного мозга, в клинической картине преобладают нарушения сознания и симптоматические судороги. Эта форма заболевания протекает осложненно, не дожидаясь лабораторного или инструментального подтверждения диагноза, часто наблюдается тяжелое течение с формированием остаточного неврологического дефицита и летальным исходом [3], что в первую очередь обуславливает необходимость раннего назначения этиотропной терапии. Диагностика вирусного энцефалита у детей затруднена из-за его этиологического разнообразия, полиморфизма и неспецифических клинических проявлений [2]. Актуальность поиска новых подходов к дифференциальной диагностике острых симптоматических инфекционных припадков и эпилепсии в первую очередь определяется различиями в

терапевтической тактике. Этиотропная терапия, направленная на борьбу с инфекционным заболеванием в сочетании с комплексной патогенетической терапией, основана на адекватном подборе противоэпилептических препаратов при лечении эпилепсии, если имеется ведущее лечение при нейроинфекции [1].

В решении проблемы дифференциальной диагностики использование широкого спектра системных и функциональных программ МРМ обладает большим потенциалом [5, 11]. В дополнение к выявлению нейроструктурных и воспалительных изменений в центральной нервной системе, использование дополнительных возможностей МРТ, таких как Мр-перфузия и спектроскопия, позволяет выявить потенциальные эпилептогенные уловки и оценить тяжесть и распространенность гипоксически-ишемических изменений в паренхиме головного мозга. приступы во время промежуточных или ранних периодов после начала заболевания во время острой симптоматической нейроинфекции и эпилепсии. В частности, снижение периферического артериального кровотока было определено оценкой наличия очаговой или общей зон Мр-перфузии у пациентов с системной эпилепсией в связи с локализацией эпилептиформных изменений [13]. Это позволяет оптимизировать патогенетическую терапию, в основном направленную на улучшение перфузии головного мозга и защиту нейронов головного мозга от гипоксии, с целью минимизации остаточного неврологического дефицита.

Цель исследования. Целью исследования является изучение механизмов частоты возникновения синдрома талваса у детей.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной перед нами задачи мы отобрали в общей сложности 65 детей с синдромом талваса, обратившихся за помощью амбулаторно и стационарно, и провели у них обследования. Дети, отобранные для материала этой работы,

охватывали заявителей с территории Андижанской области в 2021 и 2022 годах.

Результаты исследования. Данные исследования наследственности у проверенных детей показывают, что дети с подобными припадками у своих родителей более склонны к талвасе (семейной форме талвасы): наследственность обнаружена у 19,4% детей 1-й группы, 15,4% – у детей 2-й группы, 66,7% - у детей 3-й группы. судороги чаще наблюдался у родственников I и II степеней родства: братья были обнаружены в 1-й группе в 10,3% случаев, в 1-й группе - в 16,9% случаев, во 2-й группе - в 3-й группе - в 25,0% случаев. Наличие талвасы у двоюродных братьев было обнаружено у 4,6% детей 1-й группы, у 13,4% - во 2-й группе и у 16,7% детей 3-й группы. Таким образом, провоцирующими факторами развития ФС являются ОРВИ, пневмония и ОРВИ.

Можно предположить, что наличие случаев семейных судорог является фактором риска возникновения приступа талваса у детей. Наследственное бремя может сыграть одну из решающих ролей в развитии АФС после дебюта талваса.

Данные анамнеза течения беременности показали, что беременность протекала нормально только у 1% матерей детей контрольной группы, остальная часть беременности была отягощена анемией, токсикозом, стрессом, TORCH-инфекцией.

Анализ интранатальных осложнений при родах у матерей обследуемых детей показывает их сложное течение: стимулированные роды наблюдались у 27,7% – в 1-й группе, 55,4% – во 2-й группе и 62,5% - в 3-й группе, то есть более чем у половины матерей 2-й и 3-й групп обследованных дети. Рождение ребенка с помощью кесарева сечения и, как следствие, спинальной анестезии преобладало во 2-й группе - 21,5% детей. Использование акушерской помощи в течение длительного безводного

периода и родов наблюдалось в основном у детей 3-й группы - 33,3% и 12,5%, по сравнению со 2-й группой (16,9% и 4,6%).

Более трети детей получили травмы во время родов, и если принять во внимание, что беременность их матерей была осложненной почти у всех из них, то судорожный синдром у детей является одним из возможных факторов риска. Частота появления шнуров на шее была почти одинаковой во всех трех группах: 32,9%, 36,9% и 29,2% соответственно по группам.

Состояние новорожденного оценивали на первой минуте по шкале Апгар: 69,2% детей 1-й группы родились в удовлетворительном состоянии, во 2-й группе - в 1,22 раза меньше, и, наконец, в 3-й группе - в 3,9 раза меньше, чем в 1-й группе ($P < 0,001$).

Сопутствующие заболевания также играют важную роль в развитии талвасы, что снижает состояние иммунитета, усугубляет течение хронических заболеваний, тем самым создавая благодатную почву для развития талвасы.

В 1-й группе пациентов у детей наблюдался в основном рахит I степени - 24,2%, а рахит II степени - 50,8% и в 3-й группе - 37,5%. 78,1% детей испытывают анемию различной степени, в основном у детей 2-й группы - 63,1% имеют анемию первой степени и 27,7% у детей 2-й группы - 27,7% имеют анемию второй степени. Анемия III степени не наблюдалась в 1-й группе, во 2-й группе - только у 1,5%, в группе 3-8,3% детей, что может вызвать частые простудные заболевания ребенка и, как следствие, ФС. Еще одной важной патологией суставов детского возраста, которая непосредственно влияет на иммунный статус ребенка, является гипотрофия. Гипотрофия I класса в 1-й группе составила 8,1%, во 2-й группе - 24,6%, в 3-й группе - 37,5% наблюдалась у детей, в то время как гипотрофия II класса преобладала у детей 3-й группы - 8,3% (в группах 1 и 2-4,8% и 3,1%).

Такие заболевания детей, как сепсис, пневмония, врожденный порок сердца, гипотрофия III степени, в основном отмечаются во 2-й группе.

Аллергический фон был наиболее выражен во 2-й группе - 33,8% и в 3-й группе - 25,0% у детей, а в 1-й группе - только 4,8% у детей. В 3-й группе детей были зарегистрированы частые рецидивирующие заболевания, склонные к хронизации процесса. Например, в 1-й группе наиболее распространенные заболевания верхних дыхательных путей составили 33,9%, во 2-й группе - 23,1%, а в группе 3-50% почти такая же выборка наблюдалась при рецидивирующих заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и мочевыводящих путей.

Дисбактериоз был в 3 раза больше во 2-й группе, чем в 3-й, а энурез во 2-й группе был в 2 раза больше, чем в 1-й группе. В 1-й группе пациентов гельминтозная инвазия наблюдалась у 11,3%, во 2-й группе - у 40,0%, в 3-й группе – у 33,3% пациентов.

При анализе эндокринной патологии было отмечено, что диффузный зоб первой степени наблюдался в 3-й группе в 2 раза чаще, чем во 2-й, но диффузный зоб второй степени не был обнаружен в 1-й группе, во 2-й группе - у 1,5% детей, а в 3-й группе - у 16,7% детей. Паратрофия I степени была выявлена у 3,2% детей 1-й группы и 1,5% во 2-й группе, не выявлена в 3-й группе. Паратрофия II степени также не наблюдалась в 3-й группе, в то время как в 1-й и 2-й группах она была одинаковой (6,5% и 6,9% соответственно в группах). Отношение общего числа заболеваний к числу пациентов определяет показатель заболеваемости: в 1-й группе он составил 2,4, во 2-й группе - 4,2, а в 3-й группе - 4,4, что свидетельствует о высокой заболеваемости среди детей 2-й и 3-й групп, а также об ослабленном иммунитете тело ребенка.

Вывод. Поводом к появлению судорог у детей могут быть самые различные факторы: органические болезни нервной системы, инфекции, интоксикации, нарушения обмена веществ, заболевания крови и другие. При оценке судорожных состояний следует помнить, что чем младше ребенок, тем вероятнее связь судорог с родовыми травмами и врожденной

аномалией развития мозга. В то же время, если судороги наблюдаются после прекращения основной болезни, можно полагать, что на этой почве развивается эпилептический процесс.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авакян Г.Н., Авакян Г.Г. Трансформации эпилептической системы. Состояние вопроса и возможности решения проблемы // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2017. Т. 9. № 2. С. 6-19.

2. Киссин М.Я., Селютина Е.В. Причины развития нозогенных психических расстройств у пациентов с эпилепсией // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2019. Т. 11. № 3. С. 293-296.

3. Липатова Л.В., Бутома Б.Г., Капустина Т.В. Выбор антидепрессантов для лечения ассоциированных с эпилепсией депрессивных расстройств // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2016. Т. 8. № 3. С. 34-44. DOI: 10.17749/2077-8333.2016.8.3.034-044.

4. Маслова Н.Н., Скоробогатова В.А., Юрьева Н.В., Маслов Н.Е. Связь эпилепсии и расстройства аутистического спектра // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2017. Т. 9. № 3. С. 54-63. DOI: 10.17749/2077-8333.2017.9.3.054-063.

5. Gandy M., Sharpe L., Perry K.N., Miller L., Thayer Z., Boserio J. Anxiety in epilepsy: a neglected disorder. Journal of Psychosomatic Research. 2015. vol. 78. P. 55-149.

6. Saetre E. Cardiac function and antiepileptic drug treatment in the elderly: A comparison between lamotrigine and sustained-release carbamazepine. Epilepsia. 2009. P. 1528-1167.

7. Schmidt D., Sillanpää M. Evidence-based review on the natural history of the epilepsies. Curr Opin Neurol. 2012. vol. 25. № 2. P. 159-163.