

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого».

Кафедра Педиатрии ИПО

Зав. Кафедрой: д.м.н., профессор Таранушенко Т.Е.

Проверил: кмн, Кустова Т.В..

Реферат на тему:

Пароксизмальные состояния не эпилептического генеза
у детей раннего возраста.

Выполнила: врач-ординатор

Братковская А.И.

Красноярск, 2021г

В детском возрасте одно из первых мест по распространенности занимают пароксизмальные состояния, имеющие как эпилептическую, так и неэпилептическую природу и сходную клиническую картину, затрудняющую диагностику и подбор этиопатогенетической терапии. Зачастую постановка диагноза затруднена: требуется комплексное обследование и наблюдение за пациентом для уточнения диагноза и решения вопроса о лечении. Необходимо помнить, что не любое пароксизмальное состояние является судорогами.

Здесь будет уместно вспомнить фразу выдающегося отечественного педиатра И.М. Воронцова о том, что педиатрия как медицинская наука радикально отличается от медицины взрослых, так как представляет собой сочетание медицины развития и медицины болезней.

Значительное число феноменов у ребенка (особенно в периоды новорожденности и младенчества) заведомо сложно однозначно отнести к категории нормальных, патологических или адаптационных, и решение об этом отнесении носит скорее директивный, чем доказательный характер.

Принятие решения о ненормальности такого явления возникает зачастую в связи с невозможностью объяснить его характер и причины.

Ряд пароксизмальных явлений у детей раннего возраста, трудно отнести однозначно к нормальным или патологическим, но безусловно можно отнести к субоптимальным.

В связи с этим необходимо дать определение слову «пароксизм».

Пароксизм — неожиданное, иногда повторяющееся, потенциально обратимое изменение деятельности органов и систем организма.

Судороги — неспецифическая реакция нервной системы на различные эндо- или экзогенные факторы: внезапные повторяющиеся непроизвольные сокращения скелетных мышц, часто с нарушением сознания.

Как правило, сопутствуют многим патологическим состояниям на стадии их манифестации, являясь первичной ответной реакцией при ухудшении витальных функций организма.

Дифференциальный диагноз эпилептических приступов с неэпилептическими пароксизмами (состояниями) нередко вызывает серьезные сложности у врача. Имитируют эпилепсию самые различные состояния, наблюдающиеся при соматических, неврологических, психиатрических расстройствах и даже у здоровых детей.

Распространенность.

По данным литературы, судорожный синдром встречается в 17–20 случаях из 1000; до 2/3 судорожных припадков у детей приходится на ранний возраст — первые 3 года жизни.

Среди пароксизмальных состояний детского возраста эпилепсия встречается наиболее часто: от 41 до 83 случаев, а среди пациентов первого года жизни — от 100 до 233 случаев на 100 тыс. детского населения.

Терминология.

В 2001 г. Международной комиссией по классификации и терминологии Международной лиги по борьбе с эпилепсией (International League Against Epilepsy, ILAE) рекомендована замена слова «судороги» на «приступы», так как не все приступы проявляются именно судорогами, т. е. сопровождаются двигательными феноменами.

Однако, наиболее опасными состояниями являются именно судороги, которые часто сопровождаются нарушением дыхания, сердечной деятельности, следующими за ними метаболическими изменениями, повреждением центральной нервной системы (ЦНС) и требующие активного вмешательства.

Причины возникновения.

У детей грудного и раннего детского возраста в развитии судорог преобладают:

- инфекционные заболевания (острые респираторные вирусные инфекции, пневмония, воспалительные заболевания ЛОР-органов, сепсис, нейроинфекции).
- черепно-мозговая травма, острые посттравматические судороги, посттравматическая эпилепсия.
- различные эпилептические синдромы.

Реже причинами возникновения судорог в этом возрасте являются:

- врожденные пороки развития головного мозга.
- новообразования.
- абсцессы мозга.

Также встречаются судороги, возникающие в поствакцинальном периоде, а также при нарушениях ритма сердца, при отравлениях и интоксикации. Необходимо отличать моторные проявления, связанные с эпилепсией, от неэпилептических моторных реакций — тремора, гиперкинезов, гипоксических судорожных проявлений вследствие синкопальных состояний, аффективно-респираторных пароксизмов, нарушений ритма сердца, гипогликемии и других нарушений метаболизма.

Также у ребенка следует различать фебрильные и афебрильные приступы. Фебрильными, т. е. возникающими после или во время лихорадки, также могут быть проявления простых фебрильных судорог, системных или нейроинфекций, фебрильно-провоцируемых эпилептических приступов. Афебрильные приступы могут быть первым эпилептическим пароксизмом, симптоматическими неонатальными судорогами, изолированным эпилептическим приступом, а также неэпилептическими пароксизмами, возникающими вследствие нарушения ритма сердца, асфиксии, психогенными пароксизмами.

Неэпилептические судорожные и другие пароксизмальные состояния.

1. Судороги как неспецифическая реакция головного мозга в ответ на различные эндо- или экзогенные факторы, т. е. острые симптоматические приступы:
 - фебрильные (на фоне лихорадки);
 - на фоне интоксикации;
 - гипоксические (при заболеваниях дыхательной системы, при бронхиальной астме, асфиксии),
 - аффективно-респираторные пароксизмы,
 - обменные и метаболические (синдром спазмофилии и гипервитаминоз витамина D при рахите, гипогликемии, гипо- и гиперкалиемии),
 - при вегетативных нарушениях,
 - кардиальные синкопе (нарушение ритма сердца).
2. Симптоматические судороги при заболеваниях головного мозга, включающие в себя:
 - опухоли.
 - абсцессы.
 - ишемические или геморрагические инсульты.
 - пороки развития головного мозга.
 - пороки развития сосудов головного мозга (аневризмы).

Отличительные признаки пароксизмальных состояний.

По характеру двигательных проявлений судороги подразделяют:

- на тонические;
- клонические;
- тонико-клонические;
- клонико-тонические;
- атонические;
- миоклонические.

По длительности выделяют:

- самокупирующиеся — фокальные, генерализованные;
- продолжающиеся приступы — генерализованный эпилептический статус, фокальный эпилептический статус.

Фебрильные судороги.

Фебрильные судороги возникают при наличии лихорадки у 2–5% детей и являются наиболее частым видом судорог до 5-летнего возраста.

Терминология

Нарушения метаболизма (гипогликемии или гипергликемии), а также нарушения электролитного обмена (в частности, натрия) чаще всего являются факторами нарушения сознания, иногда также сопровождаются мышечными сокращениями. Данные состояния требуют urgentной терапии. Кардиальные синкопе связаны с нарушением ритма сердца, пароксизмальной тахикардией, нарушениями при врожденных пороках сердца, могут также

проявляться потерей сознания, иногда сопровождаются мышечными сокращениями из-за развивающейся гипоксии мозга. Являются жизнеугрожающим состоянием и требуют экстренного вмешательства врача анестезиолога-реаниматолога.

Аффективно-респираторные приступы. Причиной данных состояний является нарушение регуляции автономной (вегетативной) нервной системы. Аффективно-респираторные пароксизмы протекают с потерей сознания примерно у 5% пациентов. Данные состояния часто не требуют терапевтического вмешательства.

Причины возникновения

1. Инфекционный процесс с вовлечением ЦНС или судороги при энцефалите, менингите. При нейроинфекции после судорог сознание чаще всего восстанавливается неполностью.
2. Лихорадка как провоцирующий фактор имеющегося неврологического заболевания (например, фебрильно-провоцируемый эпилептический приступ).
3. Простые фебрильные приступы — возрастзависимые (от 6 мес до 5 лет) генетически детерминированные судороги, возникающие только при лихорадке и при отсутствии инфекционного процесса в ЦНС.

Клинические проявления

Простые фебрильные судороги характеризуются следующими клиническими проявлениями:

- развиваются обычно при температуре тела выше 38°C в первые часы заболевания.
- имеют, как правило, генерализованный характер.
- длительность судорог — менее 15 мин.
- не повторяются в течение 24 ч.
- часто в семейном анамнезе имеются указания на наличие фебрильных судорог у близких родственников.

Атипичные (сложные) фебрильные судороги характеризуются следующими клиническими проявлениями:

- наличие фокального компонента.
- длятся более 15 мин, может возникнуть фебрильный судорожный статус.
- могут повторяться в течение 24 ч.

При атипичных фебрильных судорогах высока вероятность наличия у ребенка инфекционного процесса или эпилепсии.

Электроэнцефалографическое обследование при типичных фебрильных судорогах обычно не выявляет эпилептических изменений, при атипичных фебрильных приступах, напротив, могут наблюдаться как неспецифические пароксизмальные изменения, так и эпилептические паттерны.

Около 1/3 пациентов с фебрильными приступами имеют повторные судороги. Наиболее важным критерием возможных эпилептических

фебрильно-провоцируемых приступов является изменение неврологического статуса или нарушение нервно-психического развития.

Обменные судороги при спазмофилии

характеризуются следующими клиническими проявлениями:

- пароксизм начинается с апноэ — при вдохе исходное состояние восстанавливается.
- часто отмечается цианоз носогубного треугольника.
- судороги преимущественно клонического характера.
- пароксизмы могут провоцироваться внешними раздражителями — резким стуком, звуком, криком.
- имеется тенденция к повторению в течение суток.
- являются афебрильными.
- обычно очаговая неврологическая симптоматика отсутствует.
- отсутствуют симптомы соматических воспалительных процессов.
- положительные симптомы Хвостека, Труссо, могут наблюдаться костные признаки рахита.

Пароксизмальные состояния неэпилептического генеза, возникающие в младенчестве (возраст от 1 месяца до 12 месяцев).

Ранний младенческий доброкачественный миоклонус (доброкачественные неэпилептические инфантильные спазмы, синдром Феджермана).

Двигательные феномены аналогичны серийным флексорным или экстензорным инфантильным спазмам, но без патологических проявлений на ЭЭГ.

Нервно-психическое развитие ребенка не нарушено. Нейровизуализация не обнаруживает патологических изменений. Миоклонус самопроизвольно исчезает к 2-3 годам жизни вне зависимости от проводимого лечения.

Дифференциальный диагноз проводится с эпилептическими спазмами, генерализованными миоклоническими приступами.

Аффективно-респираторные приступы (АРП) синкопе с цианозом.

Часто встречаются в младенческом возрасте состояния, в некоторых случаях могут персистировать до 6 лет.

Пароксизмы провоцируются незначительными ушибами, неисполнением, по тем или иным причинам, желаний (запрет со стороны взрослого) или раздражением. АРП возникает на высоте плача в виде остановки дыхания на выдохе и часто сопровождается выраженным цианозом. В случае если приступ затягивается, может возникнуть утрата сознания с обмыванием. При значительной гипоксии возможно тоническое напряжение мышц конечностей, туловища и клоническое напряжение конечностей, которые могут ошибочно приняты за эпилептические судороги.

Характеризуются следующими клиническими проявлениями: начинают с 4-месячного возраста;

- провоцирующими факторами являются отрицательные эмоции, страх, дискомфорт;
 - на фоне продолжительного крика возникает апноэ;
 - примерно в 5% случаев происходит потеря сознания;
 - на фоне продолжительного апноэ иногда наблюдают клонические или тонико-клонические судороги;
 - пароксизмы кратковременные;
 - после приступов наблюдается слабость, сонливость;
 - могут случаться несколько раз в день, а иногда — 1–2 раза в жизни.
- Дифференциальная диагностика проводится с тоническими и тонико-клоническими эпилептическими приступами.

Аффективно-респираторные пароксизмы «белого типа».

характеризуются следующими клиническими проявлениями:

- являются результатом рефлекторной асистолии;
- часто провоцируются болевым воздействием;
- у ребенка редко наблюдается длительный плач, достаточно быстро появляется бледность кожных покровов и происходит потеря сознания, длительность пароксизма — от нескольких секунд до нескольких часов;
- после пароксизма ребенок часто засыпает, после пробуждения сохраняется нормальная жизненная активность;
- при наличии заболеваний сердца, нарушений сердечного ритма данные состояния могут быть опасными для жизни.

При нетяжелых АРП лечение не требуется, приступы проходят сами.

Синкопе с побледнением (бледные синкопе) (БС) схожи с АРП.

Пароксизмы также часто провоцируются незначительными ушибами, неисполнением желаний ребенка, испугом. Вместо выраженного плача и цианоза у ребенка появляется бледность, а затем утрата сознания. Если пароксизм затягивается, может возникнуть тоническое напряжение мышц. Патология БС основана на появлении кратковременной брадикардии или асистолии, приводящих к снижению кровотока и последующим побледнением и утраты сознания.

Применение в терапии атропина приводит к снижению частоты БС.

Пароксизмальный тортиколиз (ПТ).

Тортиколиз- устойчиво сохраняющаяся, патологическая поза головы т шеи, при которой голова наклонена в одну сторону, а лицо обращено в противоположную.

Появляется обычно в течение первых трех месяцев жизни, самопроизвольно прекращается до 3 лет.

Для ПТ характерно внезапное начало и завершение моторных проявлений. Атаки могут быть как короткими, так и продолжительными. Сознание всегда сохранено, ребенок активен и доступен контакту во время пароксизма, но это причиняет ему определенные неудобства и вызывает негативизм.

Список использованной литературы.

1. <https://pf.spr-journal.ru/Пароксизмальные состояния эпилептического и неэпилептического генеза у детей. Принципы диагностики и терапии. Л.М.Кузенкова. Москва, 2016 год.>
2. <http://www.nevromed.ru/Неэпилептические пароксизмы во сне. Статья. Медицинский центр. Невро-мед.>
3. <https://cyberleninka.ru/Пароксизмальные состояния неэпилептического генеза. А.Ю.Карась, 2010год.>
4. <https://static-eu.insales.ru/Неэпилептические пароксизмы у грудных детей. А.Б.Пальчик. Москва, 2015 год.>
5. <https://cyberleninka.ru/Неэпилептические пароксизмальные состояния, имитирующие эпилепсию у детей. С.О.Айвазян. Москва, 2016 год.>