

## СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПСИХОРЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГАХ У ДЕТЕЙ

Равшанов Сардор

Висола Фуркатовна гаффарова

Научный руководитель:

PhD, ассистент кафедры неврологии,  
Бухарского Государственного Медицинского  
Института имени Абу Али Ибн Сина.

### АННОТАЦИЯ

в статье представлены результаты сравнительного исследования детей с фебрильными и афебрильными судорогами. Установлено, что фебрильные судороги развиваются при гипертермии вследствие соматического заболевания и сопровождаются диффузными микроорганическими симптомами, не влияющими на когнитивное развитие ребенка.

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

### АКТУАЛЬНОСТЬ

Фебрильные судороги (ФС) на сегодняшний день часто встречающийся вариант пароксизмальных состояний у детей [1-5]. Фебрильные судороги (приступы, ФС) на сегодняшний день часто встречающийся вариант пароксизмальных состояний в педиатрической практике. Это эпизоды эпилептических приступов, возникающие у детей дошкольного возраста при гипертермии, не связанной с нейроинфекцией. ФС являются доброкачественным, возрастозависимым, генетически детерминированным состоянием, при котором головной мозг восприимчив к эпилептическим приступам, возникающим в ответ на высокую температуру. [4,6]. По данным литературных источников, распространенность фебрильных судорог у детей от 6 месяцев до 5 лет составляет порядка 2-5%. Мальчики болеют чаще, чем девочки в соотношении 1,5-2:1. Пик заболеваемости наблюдается в возрасте 18 месяцев [8].

Фебрильные судороги у детей - гетерогенное патологическое состояние. Точная этиология и патогенез не установлены. Одним из возможных факторов развития патологии является незрелость ЦНС у детей до 6 лет, которая

проявляется в склонности к генерализации процессов и слабости тормозной деятельности.

**Цель исследования:** изучить психоречевых нарушений при фебрильных судорогах у детей.

**Критерии включения в исследование:** температура, судороги, возраст с 6 месяцев до 15 лет.

**Критерии исключения:** интракраниальная инфекция (энцефалиты, менингиты), возраст более 5 лет, отсутствие температуры.

**Методы исследования** включали сбор анамнеза, клинико-неврологического обследования, электроэнцефалографию головного мозга (ЭЭГ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ головного мозга).

Для достижения поставленной цели были отобраны 120 детей с фебрильными судорогами в возрасте с 6 месяцев до 5 лет. Средний возраст детей составил  $3,2 \pm 0,12$ . Среди детей с фебрильными судорогами преобладали дети - 2-3 летнего возраста: 2-х летних детей было 36,7%, 3-х летних 26,7%. Отмечено снижение количества пациентов с возрастом: дети 4 лет составили 23,3%, а 5 лет - 10%. Среди обследованных детей с фебрильными судорогами в половом соотношении было больше мальчиков - 63,3%, девочки составили 36,7% случаев.

Первый этап исследования заключался в сборе анамнеза, клинико-неврологического обследования и тестирования на установления задержки речевого развития (ЗРР) или психо-речевого развития (ЗПРР).

Диагностика судорожных состояний у детей проводилась в соответствии с критериями, рекомендованными Международной классификацией эпилепсий и эпилептических синдромов (1989).

**Результаты исследования:** анализ данных Денверской шкалы показало, что в группе с фебрильными судорогами у 40% (48 из 120) пациентов психомоторное развитие соответствовало возрасту по всем 4 шкалам. У 43,3% пациентов отмечалась задержка речевого развития, у 30% детей было нарушение индивидуально-социального развития, мелкая моторика была нарушена у половины пациентов, а крупная моторика у 36,7% (табл. 1).

Таблица 1

**Бальная оценка по Денверской шкале**

| ДДСТ                     | Общее количество детей, n=120 |            |
|--------------------------|-------------------------------|------------|
|                          | Норма                         | Задержка   |
| Речевая                  | 68 (56,7%)                    | 52 (43,3%) |
| Индивидуально-социальная | 78 (60%)                      | 48 (40%)   |
| Мелкая моторика          | 60 (50%)                      | 60 (50%)   |
| Крупная моторика         | 76 (63,3%)                    | 44 (36,7%) |

Температура - одно из основных условий возникновения фебрильных судорог. Нами анализировались отдельные характеристики температуры, связанные с появлением фебрильных судорог: уровень температуры во время возникновения судорог, наличие температуры до начала судорог, темп нарастания температуры с появлением судорог.

Температура, при которой у детей возникали фебрильные судороги, чаще была выше 38,5°C (56,7%), лишь 6,7% детей имели температуру тела менее 38°C. Приступ судорог был первоначальным симптомом лихорадочного заболевания у 10% пациентов, в 90% случаев дети уже болели и были с температурой. Судороги возникали чаще при быстром нарастании температуры (50%), и только в 3,3% случаев было отмечено появление судорог при резком снижении температуры.

Температура, при которой возникают фебрильные приступы, чаще всего вызвана острыми респираторными заболеваниями, отитом, пневмонией, кишечными инфекциями, воспалениями мочевыводящих путей. Эти инфекции являются причиной большинства фебрильных расстройств в детстве. В нашем исследовании в подавляющем большинстве случаев фоновым заболеванием у детей была острая респираторная инфекция (86,7%).

Изменения в неврологическом статусе встречались в обеих группах с достоверным преобладанием у детей основной группы (табл. 2).

Таблица 2

**Результаты неврологического обследования**

| Показатели             | Группы          |      |                  |      | Оценка значимости различий |
|------------------------|-----------------|------|------------------|------|----------------------------|
|                        | основная (n=72) |      | сравнения (n=48) |      |                            |
|                        | Абс.            | %    | Абс.             | %    |                            |
| Без изменений          | 22              | 30,6 | 22               | 45,8 | P>0,05                     |
| С изменениями, в т.ч.: | 50              | 69,4 | 26               | 54,2 | P>0,05                     |
| - черепные нервы       | 21              | 29,2 | 2                | 4,2  | P<0,01                     |
| - двигательная сфера   | 12              | 16,7 | 5                | 10,4 | P>0,05                     |

Нами было проведено ЭЭГ исследование головного мозга, которое как правило проводилось не менее 10 дня после случая судорог. У детей с фебрильными судорогами ЭЭГ бодрствования в 76,7% была без патологии, в 23,3% регистрировались изменения на ЭЭГ, которые были преимущественно неспецифическими: легкое замедление фоновой активности ЭЭГ (20,4%), а также короткие диффузные разряды тета- и дельта- волн амплитудой до 100 мкВ

в фоне (3,3%). В группе сравнения патологические изменения на ЭЭГ регистрировались у 12,5% (6/48), а в основной группе в 30,6% (22/72).

Относительный риск развития ЗППР (RR) у детей с ФС при наличии в неврологическом статусе очаговых неврологических симптомов составляет 4,0 (95% ДИ 1,3 - 12,1;  $p = 0,01$ ), а при отсутствии отклонений в неврологическом статусе - 0,5 (95% ДИ 0,3 - 0,9;  $p = 0,009$ ).

Относительный риск развития ЗППР (RR) у детей с ФС при наличии патологических изменений на ЭЭГ составляет 1,6 (95% ДИ 1,0 - 2,4;  $p = 0,03$ ).

Относительный риск развития ЗППР (RR) у детей с ФС при наличии неблагоприятном течении беременности и родов составляет 1,9 (95% ДИ 1,1 - 3,1;  $p = 0,01$ ), а при отсутствии нормальном - 0,6 (95% ДИ 0,4 - 0,8;  $p = 0,001$ ).

### **ВЫВОДЫ**

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о снижении развития у детей ЗППР и своевременной его коррекции, а также в повышении качества жизни детей с ФС. Определены предикторы риска развития ЗППР у детей с ФС:  $x_1$  – сложные ФС (RR = 3,6; 95% ДИ 1,6 - 8,4;  $p = 0,003$ ),  $x_2$  – клонические судороги (RR = 15,4; 95% ДИ 1,0 - 243,6;  $p = 0,05$ ),  $x_3$  - нарушения в неврологическом статусе в виде очаговых неврологических симптомов (RR = 4,0; 95% ДИ 1,3 - 12,1;  $p = 0,01$ ),  $x_4$  – патологические изменения на электроэнцефалограмме (RR = 1,6; 95% ДИ 1,0 - 2,4;  $p = 0,03$ ).

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ: (REFERENCES)**

1. Дадали Е.Л., Шарков А.А., Шаркова И.В., Канивец И.В., Коновалов Ф.А., Акимова И.А. Наследственные заболевания и синдромы, сопровождающиеся фебрильными судорогами: клинико-генетические характеристики и способы диагностики. Русский журнал детской неврологии 2016; 11(2): 33-41. DOI: 10.17650/2073-8803-201611-2-33-41
2. Тиганов А. С. Патология психического развития // ФГБН Научный центр психического развития от 21.02.2020.
3. Филичева Т. Б., Чиркина Г. В. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста. Практическое пособие. — М.: Айрис-пресс, 2004.
4. Graves R.C., Oehler K, Tingle L.E. Febrile seizures: risks, evaluation, and prognosis. Am Fam Physician 2012; 85(2): 149-153.
5. Gupta A. Febrile Seizures. Continuum (Minneapolis Minn) 2016; 22(1): 51-59. DOI: 10.1212/CON.0000000000000274
6. Ka-nivec I.V., Konovalov F.F., Akimova I.A. Hereditary diseases and syndromes accompanied by febrile convulsions: clinical and genetic characteristics and methods of diagnosis. Russian Journal of Child Neurology 2016; 11(2): 33-41.

7. Kimia A.A., Bachur R.G., Torres A., Harper M.B. Febrile seizures: emergency medicine perspective. *Curr Opin Pediatr* 2015; 27(3): 292-297. DOI: 10.1097/MOP.0000000000000220
8. Mewasingh L.D. Febrile seizures. *BMJ Clin Evid* 2014; 2014: pii: 0324.
9. Sharko, E.E. Quantitative electroencephalographic analysis in epilepsy children / E.E. Sharko // *Med. Razgl.* – 2012. – Vol. 51, Suppl. 5. – P. 66.
10. Trinka E, Cock H, Hesdorffer D., Rossetti A.O., Scheffer I.E., Shinnar S., Shorvon S, Lowenstein D.H. A definition and classification of status epilepticus-Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia* 2015; 56(10): 1515-1523. DOI: 10.1111/epi.13121
11. Wilmshurst J.M., Gaillard W.D., Vinayan K.P., Tsuchida T.N., Plouin P., Van Bogaert P. et al. Summary of recommendations for the management of infantile seizures: Task Force Report for the ILAE Commission of Pediatrics. *Epilepsia* 2015; 56(8): 1185-1197. DOI: 10.1111/epi.13057