

Фебрильные судороги: что о них должны знать педиатры

Е.Д. Белоусова

ОСП «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева»
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ, г. Москва, Россия

Febrile seizures: what pediatricians should know

E.D. Belousova

Veltischev Research and Clinical Institute for Pediatrics of the Pirogov Russian National Research Medical University,
Moscow, Russia

Фебрильные судороги — возрастзависимое и благоприятное по прогнозу состояние, которое наблюдается у детей до 6 лет. Все фебрильные судороги разделяются на простые (2/3 всех случаев), сложные и фебрильный статус. К сложным судорогам относятся приступы с фокальными симптомами, длительные и повторяющиеся в течение суток. Простые фебрильные судороги — короткие, генерализованные, не повторяются. Простые судороги не наносят вреда нервно-психическому развитию ребенка, не трансформируются в эпилепсию и не нуждаются в хроническом назначении противосудорожной терапии. Ребенок с нормальным развитием и простыми фебрильными судорогами не нуждается в обязательном проведении ЭЭГ и МРТ головного мозга. Госпитализация показана всем пациентам с первым эпизодом фебрильных судорог, если возраст ребенка 18 мес и меньше. Риск рецидива судорог и трансформации их в эпилепсию выше у ребенка со сложными приступами. Существует небольшая группа детей с длительными судорогами и/или фебрильными статусами, часто имеющая и задержку нервно-психического развития. Эти дети нуждаются в наблюдении невролога и дополнительном обследовании. Детям этой группы иногда допустимо назначение длительной противосудорожной терапии. Профилактика фебрильных судорог возможна специальными лекарственными формами противосудорожных препаратов, которые позволяют быстро достичь терапевтической концентрации в головном мозге ребенка. Наличие фебрильных судорог не служит противопоказанием к вакцинации и ревакцинации, осторожность необходима при вакцинации АКДС у детей с повторными длительными приступами и/или фебрильным статусом.

Ключевые слова: дети, фебрильные судороги, простые фебрильные судороги, сложные фебрильные судороги, фебрильный статус, риск рецидива, риск эпилепсии, неотложная помощь, профилактика, вакцинация.

Для цитирования: Белоусова Е.Д. Фебрильные судороги: что о них должны знать педиатры. Рос вестн перинатол и педиатр 2018; 63:(6): 108–114. DOI: 10.21508/1027-4065-2018-63-5-108-114

Febrile seizures are the age-dependent and predictively favorable condition, which is observed in children under 6 years. All febrile seizures are divided into simple (2/3 of all cases), complex and febrile status. Complicated seizures include attacks with focal symptoms, prolonged and recurring throughout the day. Simple febrile seizures are short, generalized, not repeated. Simple seizures do not harm the child's neuropsychic development, they do not transform into epilepsy, and do not need chronic prescription of anticonvulsant therapy. A child with normal development and simple febrile seizures does not need an obligatory EEG and MRI of the brain. All the patients of 18 months old or less with the first episode of febrile seizures need to be hospitalized. The risk of recurrence of seizures and their transformation into epilepsy is higher in a child with complex seizures. There is a small group of children with prolonged seizures and / or febrile status, often with neuropsychiatric developmental delay, which needs to be monitored by a neurologist and further examination. Sometimes doctor prescribes long-term anticonvulsant therapy for the children of this group. Febrile seizures can be prevented with special dosage of anticonvulsant drugs quickly reaching a therapeutic concentration in the child's brain. Febrile seizures are not a contraindication to vaccination and revaccination, attention should be paid in case of DTP vaccination in children with repeated prolonged seizures and / or febrile status.

Key words: children, febrile seizures, simple febrile seizures, complex febrile cramps, febrile status, risk of relapse, risk of epilepsy, emergency care, prevention, vaccination.

For citation: Belousova Ye.D. Febrile seizures: what pediatricians should know. Ros Vestn Perinatol i PEDIATR 2018; 63:(6): 108–114 (in Russ). DOI: 10.21508/1027-4065-2018-63-5-108-114

Фебрильные судороги (МКБ-10 R56.0 — судороги при лихорадке) достаточно часто встречаются в повседневной педиатрической практике. Несмотря на внешне тяжелую клиническую картину (ребенок теряет сознание и у него отмечаются тонические и/или клонические двигательные симптомы), состояние в целом имеет благоприятный прогноз.

© Е.Д. Белоусова, 2018

Адрес для корреспонденции: Белоусова Елена Дмитриевна — д.м.н., проф., зав. отделом психоневрологии и эпилептологии НИКИ педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Scopus ID: 24767524000
125412 Москва, ул. Талдомская, д.2

В нашей стране вопросами фебрильных судорог традиционно занимаются неврологи, но в большинстве других стран мира диагностика и профилактика фебрильных судорог — удел педиатров. Нам представляется целесообразным информировать педиатров о клинических, диагностических и терапевтических аспектах этой патологии.

Определения. Фебрильные судороги — возрастзависимые судороги младенческого и детского возраста (от 6 мес жизни до 5 лет, в некоторых источниках литературы — до 6 лет), ассоциированные с лихорадкой. В действительности возраст развития фебрильных судорог может существенно варьировать: от 1 мес жизни

до 8 лет [1]. У ребенка не должно быть нейроинфекции или какой-либо другой причины судорог, и в анамнезе у него не должно быть афебрильных приступов [2]. Как правило, фебрильные судороги благоприятны по прогнозу, и дети имеют в дальнейшем нормальное интеллектуальное развитие [3]. Выделяют три клинических варианта фебрильных судорог, которые имеют важное прогностическое и терапевтическое значение.

Простые фебрильные судороги — эпилептический приступ единичный (нет повторов в течение 24 ч), короткой продолжительности, генерализованный характер. Около 2/3 всех детей, госпитализированных по поводу фебрильных судорог, имеют именно простой фебрильный приступ [4]. Коротким считается приступ менее 10–15 мин, но в целом простые судороги чаще продолжаются 1–1,5 мин. Субъективное восприятие приступа родителями, находящимися в состоянии аффекта, затрудняет точное определение продолжительности приступа — он кажется им гораздо длиннее, чем на самом деле. У ребенка может произойти остановка дыхания, сопровождающаяся бледностью и периоральным цианозом, он может утратить мышечный тонус («обмякнуть») или, наоборот, у него может быть тоническое напряжение конечностей с клоническими сокращениями в них. Иногда фебрильный приступ описывается родителями как озноб на фоне спутанного состояния сознания. О генерализованном характере приступа, в первую очередь, свидетельствует потеря сознания, при этом дети, как правило, падают. Некоторые авторы относят к критериям диагноза простых фебрильных судорог и нормальный неврологический статус ребенка до приступа, т.е. отсутствие у него каких-либо неврологических проблем [5]. Повышение температуры может не определяться перед приступом, но имеет место сразу после него [4, 5].

Сложные фебрильные судороги — эпилептический приступ с любым из перечисленных ниже симптомов:

- повторы в течение 24 ч;
- длительный характер;
- фокальный характер.

По данным наблюдения за госпитализированными пациентами, фокальный характер приступа отмечается у 16% детей, повторы судорог в течение суток — у 14%, длительные приступы — у 9% [4]. Все характеристики сложного приступа могут отмечаться и у одного ребенка, но это случается реже — две характеристики находят у 6,5% детей, три — у 1% [4]. Относительно того, что считать коротким и длительным приступом, есть некоторые расхождения. В американских рекомендациях длительным считается приступ более 15 мин, в английских — более 10 мин [2]. В то же время следует понимать, что эти временные обозначения, на взгляд автора статьи, весьма условны: так, приступ продолжительностью 7–8 мин уже можно считать вышедшим за рамки обычного. О фокальном характере приступа свиде-

тельствуют очаговые симптомы — тоническое напряжение и клонические сокращения только в правых или в левых конечностях, клонии в мимической мускулатуре лица с одной стороны, сохранность сознания на фоне приступа (хотя иногда при фокальном приступе может наблюдаться и утрата сознания).

Фебрильный статус — эпилептические приступы на фоне лихорадки, которые продолжаются 30 мин и более [2, 3]. Считается, что он составляет около 5% всех фебрильных судорог. Пересмотр критериев диагноза судорожного эпилептического статуса в 2015 г. (уменьшение необходимой для диагноза продолжительности подобного приступа до 5 мин) может в дальнейшем повлиять и на изменение определения фебрильного статуса [6].

Эпидемиология. Фебрильными судорогами страдают от 2 до 5% детской популяции. Частота фебрильных судорог в Японии выше — 6–9%, в Индии — 5–10%, в Гуаме — до 14%. У 90% детей наблюдаются фебрильные судороги в возрасте до 3 лет с пиком их частоты в возрасте от 18 до 24 мес [1]. Существуют два сезонных пика судорог — ноябрь–январь и июнь–август, что отражает сезонные пики респираторных и желудочно-кишечных инфекций соответственно [2].

Этиология и факторы риска. Фебрильные судороги считаются мультифакторным состоянием, в развитии которого принимают участие и генетические факторы, и факторы внешней среды. У значительной части пациентов (от 25 до 40%) есть указания на фебрильные судороги в анамнезе. В целом риск развития фебрильных судорог составляет 1:5 при наличии, таковых у сибса, 1:3 — если оба родителя имели в детстве фебрильные судороги. В семейных случаях не установлен точный тип наследования, вероятно, он полигенный. В отдельных семьях тип наследования описывается как аутосомно-доминантный с низкой пенетрантностью [1–5]. Найдено несколько генов, мутации которых предрасполагают к развитию фебрильных судорог, но в клинической практике эти мутации выявлять не принято в связи с их благоприятным прогнозом. Фебрильные судороги могут наблюдаться в рамках отдельных генетических эпилепсий, но в настоящей статье этот вопрос обсуждению не подлежит. Для тех, кто интересуется данным вопросом, рекомендуем ознакомиться со статьей Е.Л. Дадали и соавт. (2016), посвященной этой теме [7].

Из факторов внешней среды наибольшую значимость имеет лихорадка. Повышение температуры тела может быть вызвано любыми инфекционными заболеваниями уха, носа и глотки, респираторными и желудочно-кишечными инфекциями. Наиболее частой причиной фебрильных судорог считается средний отит. Несмотря на отсутствие специфичности инфекций, при длительных судорогах и фебрильном

статусе описана высокая частота (до 30%) обнаружения вируса герпеса 6-В типа и предполагается развитие острой вирусемии [1].

К другим факторам риска развития фебрильных судорог относят также ранний возраст ребенка (до 12 мес жизни), быстрый темп повышения температуры, высокие цифры температуры, вакцинацию (особенно против коклюша и дифтерии), а также против кори—свинки—краснухи), недоношенность и пренатальную гипотрофию.

Прогноз фебрильных судорог обсуждается до тактики ведения ребенка, так как последняя определяется именно отдельными аспектами прогноза. Летальность при фебрильных судорогах чрезвычайно низка — настолько, что невозможно привести определенные цифры. Датское исследование с охватом 1,6 млн детей с фебрильными судорогами не показало увеличения риска летальности у детей с простыми судорогами, отмечено незначительное увеличение риска при сложных судорогах [8].

Дальнейший прогноз рассматривают в трех аспектах:

1. Влияние фебрильных судорог на нервно-психическое развитие ребенка;
2. Риск рецидива;
3. Риск развития эпилепсии у ребенка с фебрильными судорогами.

Доказано, что простые фебрильные судороги не влияют негативно на нервно-психическое развитие ребенка, а также не вызывают нарушений поведения [5]. В то же время необходимо иметь в виду, что у небольшого процента детей с длительными судорогами и фебрильным статусом в дальнейшем может возникнуть неврологический дефицит [1].

В целом *риск рецидива* составляет 30–40%, но при простом фебрильном приступе он не превышает 10%. Около 10% детей имеют три и более приступа [4]. К факторам, увеличивающим риск рецидива и простых, и сложных фебрильных судорог, относятся [9]:

1. Ранний возраст, в котором развились приступы, — менее 15 мес жизни;
2. Фебрильные судороги у родственников первой степени родства (родители и сибсы);
3. Эпилепсия у родственников первой степени родства (данные по этому фактору риска противоречивы);
4. Частые болезни с лихорадкой;
5. Развитие фебрильных судорог на невысокую температуру.

Если ни одного из факторов риска нет, то риск рецидива не превышает 10%. Если есть один — два фактора риска, то риск составляет от 25 до 50%. Если присутствуют три фактора риска и больше, то он равен 50–100% [9].

Риск трансформации простых фебрильных судорог в эпилепсию невелик и равен примерно 1–1,5 % (в общей детской популяции 0,5–1%). Риск развития эпилепсии увеличивается при наличии сложных

приступов и составляет от 4 до 15 % [9]. Если имеет место сложный фокальный приступ, то это может указывать на наличие очагового повреждения головного мозга. К факторам риска развития эпилепсии при фебрильных судорогах R. Graves и соавт. (2012) относят сложные приступы, семейный анамнез эпилепсии и наличие нарушений нервно-психического развития (детского церебрального паралича, гидроцефалии и пр.) у ребенка [5]. Известно, что существует довольно тесная связь между повторными эпизодами фебрильного статуса и развитием в дальнейшем височно-долевой эпилепсии [2].

Тактика ведения и обследования ребенка с фебрильными судорогами в остром периоде определяется с учетом общего благоприятного прогноза жизни и развития ребенка с простыми судорогами и соблюдением необходимой осторожности в ведении сложных приступов и фебрильного статуса, так как при них прогноз менее благоприятен. В первую очередь, необходимо решить вопрос о целесообразности госпитализации ребенка.

Госпитализация показана пациенту в следующих случаях:

- первый эпизод простых фебрильных судорог, если пациент моложе 18 мес. Необходимость госпитализации обусловлена асимптомным течением нейроинфекций в раннем детском возрасте (судороги могут быть единственным явным первым клиническим симптомом менингита и энцефалита) и возможной необходимостью проведения люмбальной пункции;
- первый и повторный эпизоды сложных фебрильных судорог и фебрильный статус, так как и длительные судороги, и статус представляют угрозу для жизни ребенка. Исключения могут составлять случаи успешного купирования длительности приступа в домашних условиях (см. раздел неотложной помощи), при этом родители пациента должны быть хорошо информированы по вопросу фебрильных судорог и иметь средства для оказания помощи ребенку при возможных повторных приступах.

Госпитализация, как правило, носит кратковременный характер, так как ребенок с фебрильными судорогами в основном госпитализируется для наблюдения с целью убедиться, что это именно фебрильные судороги, а не другая более серьезная патология.

В случае первого простого фебрильного приступа у ребенка старше 18 мес жизни вопрос решается индивидуально: можно обойтись без госпитализации, если ребенок в хорошем состоянии и родители информированы о фебрильных судорогах. Ребенок с повторными приступами может не госпитализироваться, если диагноз фебрильных судорог уже установлен, состояние ребенка после приступа удовлетворительное, никаких неврологических симптомов не возникло, родители информированы. И в том и в другом случае желательно наличие средств для профилактики повторов фебрильных судорог.

Обследование пациента с фебрильными судорогами. При осмотре ребенка педиатром следует определиться с причиной лихорадки и необходимостью применения антибактериальной терапии. Для принятия решения по тактике дальнейшего обследования требуется знать семейный анамнез по фебрильным судорогам и эпилепсии, а также тип фебрильного приступа (см. выше). При осмотре ребенка важно уделить внимание оценке уровня сознания (иногда нужно проводить осмотр ребенка несколько раз, так как возможна постприступная оглушенность и сон) и менингеальным симптомам.

Люмбальная пункция, как правило, не проводится у всех пациентов с фебрильными судорогами. Показано ее проведение в тех случаях, когда есть менингеальные симптомы. В рекомендациях японских авторов к менингеальным симптомам справедливо добавляется длительное (более 30 мин) нарушение сознания и выбухание большого родничка [10]. В США к показаниям для люмбальной пункции относится также отсутствие прививок у ребенка и лечение антибиотиками до госпитализации, что может привести к стиранию клинической симптоматики нейроинфекции [11]. Обнаружение плеоцитоза (увеличение количества клеточных элементов) в ликворе, даже несмотря на нормальные показатели белка и сахара, скорее свидетельствует о нейроинфекции, чем о последствиях длительных фебрильных судорог или фебрильного статуса [1].

Анализ крови и мочи (клинические и биохимические) помогают выявить источник инфекции, но неинформативны для понимания диагноза, дифференциального диагноза и прогноза фебрильных судорог. Тем не менее эти исследования необходимы, если соматическое состояние ребенка того требует.

Нейровизуализация не показана пациентам с простыми и сложными судорогами. Проводимые ранее исследования (в том числе магнитно-резонансная томография головного мозга, МРТ) демонстрируют низкий процент обнаружения изменений. Пролонгированные и фокальные приступы (особенно повторные) могут вызывать отек гиппокампа и развитие его склероза в дальнейшем, но в таких случаях развиваются афебрильные приступы (т.е. эпилепсия) [4].

Электроэнцефалография (ЭЭГ) не показана детям с простыми фебрильными судорогами [1–5, 9, 10]. Несмотря на вероятность обнаружения эпилептиформной (межприступной) активности, ЭЭГ не имеет достоверного прогностического значения (не определяет ни риск рецидива фебрильных судорог, ни возможность развития эпилепсии). До сих пор точно не известен процент обнаружения эпилептиформных разрядов при фебрильных судорогах: по данным разных авторов, от 2 до 80% в зависимости от возраста обследуемых детей и времени, прошедшего после приступа [4]. Известно, что замедление био-

электрической активности на ЭЭГ может сохраняться до 7 дней после фебрильного приступа. Можно предположить, что при сложных судорогах прогностическое значение ЭЭГ выше, но пока четкие рекомендации относительно необходимости ее проведения отсутствуют [11]. D. Nordli и соавт. (2012) считают, что изменения, отмеченные на ЭЭГ в течение 72 ч после фебрильного статуса, могут стать биомаркером манифестации эпилепсии в дальнейшем [12]. Невозможность в целом предотвратить развитие эпилепсии сводит к минимуму клиническое значение ЭЭГ при фебрильных судорогах.

Оказание неотложной помощи при фебрильных судорогах в остром периоде. Подавляющему большинству детей неотложная помощь не требуется – приступы у них завершаются до прихода врача, и пациент будет нуждаться только в наблюдении. Неотложная помощь потребуется пациентам с длительным фебрильным приступом и фебрильным статусом. Мы уже упоминали, что грань между этими двумя типами фебрильных судорог в настоящий момент стирается. Пациент, как правило, госпитализируется. В стационаре, если приступ продолжается, обеспечивается проходимость дыхательных путей, мониторируются жизненные функции, дается кислород и внутривенно медленно вводится диазепам в дозе 0,5 мг на 1 кг массы тела с максимальной скоростью 5 мг/мин. Терапевтическая концентрация в головном мозге ребенка достигается через 10 с введения, при этом создается впечатление, что эффект наступает «на кончике иглы». Если приступ не прекращается при внутривенном струйном введении, через 10 мин оно повторяется в той же дозировке [12]. Далее осуществляют лечение эпилептического статуса в соответствии с международными рекомендациями, но учитывая ограничения в связи с отсутствием в РФ внутривенных форм фенобарбитала и фенитоина. Если нет эффекта от внутривенного введения диазепама, то переходят на внутривенное введение вальпроата и левитирацетама, при отсутствии эффекта применяется наркоз [13].

При повторных длительных приступах родители пациентов (при соответствующем предварительном обучении) до прибытия скорой помощи могут оказать неотложную помощь ребенку. Если вводится ректальный гель диазепама, то терапевтическое действие наступает через 4–5 мин. Еще одним средством оказания неотложной помощи является буккальный (синоним – оромукозальный, т.е. наносимый на слизистую щеки) мидазолам. За рубежом есть и интраназальная форма мидазолама. Отсутствие эффекта от ректального диазепама или буккального/назального мидазолама служит поводом для вызова неотложной помощи. К сожалению, эти рецептурные препараты не зарегистрированы в Российской Федерации.

Тактика ведения ребенка вне острого периода определяется благоприятным прогнозом фебрильных судорог и сводится к профилактике их повторов.

Снижение температуры. Как правило фебрильные судороги развиваются в первые сутки с момента начала лихорадки. Казалось бы, снижение температуры тела (применение жаропонижающих средств и физические способы охлаждения) должно уменьшать вероятность развития фебрильных приступов, но это не так. Было проведено несколько рандомизированных контролируемых исследований по изучению эффективности различных жаропонижающих лекарств, но ни одно из них не показало уменьшения риска развития фебрильных судорог при целенаправленном снижении температуры. Вопрос их назначения сводится к целесообразности облегчения общего состояния ребенка, а не к профилактике фебрильных судорог. Также неэффективно физическое охлаждение — раздевание ребенка, обтирание холодной водой, проветривание комнаты и др. [2].

Хроническое применение антиэпилептических препаратов при фебрильных судорогах не оправдано [1–5, 9–12]. Считается, что вальпроат и фенobarбитал могут предотвратить риск рецидивов судорог, но не снижают риск развития после них эпилепсии. Благоприятный прогноз простых фебрильных судорог (отсутствие летальности, нормальное развитие и низкий риск трансформации в эпилепсию) делает нецелесообразным длительный прием антиэпилептических средств. Возможно, что длительный прием указанных препаратов оправдан у очень небольшой группы пациентов со сложными судорогами и фебрильным статусом и с несколькими факторами риска трансформации фебрильных судорог в эпилепсию [1]. Следует избегать хронического назначения фенobarбитала, так как при длительном применении он может вызывать когнитивные нарушения (памяти, внимания и др. функций) [9].

Профилактика фебрильных судорог сводится к применению ректального геля диазепама (или буккального мидазолама). Учитывая, что при простых судорогах и при отсутствии факторов риска вероятность рецидива не превышает 10%, большинство авторов считают нецелесообразным профилактику простых фебрильных приступов во всех случаях. Отчасти это связано с возможным появлением побочных эффектов даже при однократном введении препаратов — может развиваться транзиторная неглубокая атаксия, гиперактивность или, наоборот, сонливость, в редких случаях — брадикардия, гипотензия и угнетение дыхания. Тактика поведения родителей описывается как «наблюдай и жди». Видимо, профилактика имеет смысл у отдельных пациентов с частыми простыми фебрильными судорогами в течение короткого времени, а также она показана пациентам с длительными приступами. Ректальный

диазепам вводится в дозе 0,4–0,5 мг на 1 кг массы тела и его введение можно повторить еще один раз в течение суток, если лихорадка сохраняется [9]. Данные об эффективности перорального приема антиэпилептических средств (диазепама и других препаратов) противоречивы. Некоторые авторы считают, целесообразным их применением, другие — нет [2]. Теоретически терапевтическая концентрация препарата в головном мозге при пероральном приеме будет создаваться позже, чем при вышеописанных методах профилактики. Температура может повышаться внезапно и быстро, и при пероральном приеме антиэпилептических средств профилактический эффект может быть незначительным или вовсе отсутствовать [4].

Вакцинация и фебрильные судороги. Вакциноиндуцированные фебрильные судороги — развиваются в течение 72 ч после вакцинации. При введении некоторых вакцин, например комбинированной вакцины против кори, свинки и краснухи, фебрильные судороги наблюдаются между 7-м и 14-м днем вакцинации [4]. При введении именно этой вакцины относительно выше риск судорог, он также существует при вакцинации АКДС (против коклюша, дифтерии и столбняка). Одновременное введение нескольких вакцин может увеличивать риск развития фебрильных судорог. Откладывание срока вакцинации до более старшего возраста ребенка не снижает риск развития судорог, т.е. нецелесообразно [4]. При этом риск афебрильных приступов (эпилепсии) после вакциноиндуцированных фебрильных приступов не выше, чем без них [14].

Считается, что наличие фебрильных судорог, в том числе повторных, не служит противопоказанием к вакцинации и ревакцинации [10, 14]. Родители детей должны быть информированы о том, что некоторые вакцины ассоциированы с температурными реакциями, особенно в раннем детском возрасте и у детей с фебрильными судорогами. Японские специалисты считают, что вакцинацию лучше провести через некоторый временной интервал после фебрильного приступа (через 3 мес), но такая тактика носит эмпирический характер [10]. В соответствии с российским Национальным календарем профилактических прививок наличие фебрильных судорог при введении предыдущей дозы вакцины не является противопоказанием к вакцинации АКДС; после ее введения целесообразно назначение парацетамола (10–15 мг/кг 3–4 раза в день) в течение 1–2 сут. В то же время, если у ребенка имеют место повторные пролонгированные фебрильные судороги и/или статусы, то логично предположить наличие у него синдрома Драве или дравеподобного заболевания [7]. При этом необходима осторожность с вакцинацией АКДС — коклюшный компонент вакцинации может способствовать более раннему началу и более тяжелому течению эпилепсии [14].

Консультирование ребенка с фебрильными судорогами — это обсуждение всего того, о чем говорилось выше. Родители ребенка напуганы, часто находятся в депрессии, у них может случиться потеря аппетита, наступить бессонница. Внешне приступ выглядит страшно, ребенок теряет сознание, родителям кажется, что он умирает. Многие из них начинают делать ребенку искусственное дыхание и непрямой массаж сердца. Поэтому при беседе с родителями следует подчеркнуть общий благоприятный прогноз течения фебрильных судорог, отсутствие их негативного влияния на развитие ребенка, незначительную вероятность возникновения в дальнейшем эпилепсии и т.п. Если родителям необходимы и, главное, доступны средства оказания неотложной помощи при приступе, целесообразно обучить их пользованию, что значительно снижает степень имеющегося стресса.

Родителям даются следующие советы по поведению в момент повтор фебрильных судорог [9]:

- 1) расслабить и распахнуть воротник одежды ребенка;
- 2) если ребенок в бессознательном состоянии, перевернуть его на бок, чтобы он не подавился слюной или рвотными массами;
- 3) не пытаться насильно открыть рот ребенка (часто есть спазм жевательной мускулатуры);
- 4) наблюдать за клиническими проявлениями приступа и его продолжительностью;
- 5) не давать никаких лекарств или жидкостей через рот (ребенок не может глотать);
- 6) если приступ продолжается больше 2–3 мин, ввести ректальный диазепам или буккальный мидазолам;

7) сообщить о приступе педиатру и/или неврологу, наблюдающему ребенка;

8) вызвать скорую помощь, если приступ продолжается (или повторяется в течение суток), несмотря на введение лекарства; решить с врачом вопрос о необходимости госпитализации.

Выводы

1. Фебрильные судороги у детей — возрастзависимое и благоприятное по прогнозу состояние.
2. Простые фебрильные судороги не наносят вреда нервно-психическому развитию ребенка, не трансформируются в эпилепсию и не нуждаются в хроническом назначении противосудорожной терапии.
3. Госпитализация показана всем пациентам с первым эпизодом судорог, если возраст ребенка 18 мес и меньше.
4. Ребенок с нормальным развитием и простыми фебрильными судорогами не нуждается в обязательном проведении ЭЭГ и МРТ головного мозга.
5. Существует небольшая группа детей с длительными фебрильными судорогами и/или фебрильными статусами, часто в сочетании с задержкой развития. Эта группа нуждается в наблюдении невролога и дополнительном обследовании. Детям этой группы возможно назначение длительной противосудорожной терапии.
6. Профилактика фебрильных судорог возможна специальными лекарственными формами противосудорожных препаратов, которые позволяют быстро достичь терапевтической концентрации в головном мозге ребенка.
7. Наличие фебрильных судорог не служит противопоказанием к вакцинации и ревакцинации.

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Gupta A. Febrile Seizures. Continuum (Minneapolis) 2016; 22(1): 51–59. DOI: 10.1212/CON.0000000000000274
2. Mewasingh L.D. Febrile seizures. BMJ Clin Evid 2014; 2014: pii: 0324.
3. 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
4. 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
5. Graves R.C., Oehler K., Tingle L.E. Febrile seizures: risks, evaluation, and prognosis. Am Fam Physician 2012; 85(2): 149–153.
6. 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
7. 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: клиничко-генетические характеристики и способы диагностики. Русский журнал детской неврологии 2016; 11(2): 33–41. DOI: 10.17650/2073-8803-2016-11-2-33-41 [Dadali E.L., Sharkov A.A., Sharkova I.V., Kanivec 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. (in Russ)]
8. Vestergaard M., Pedersen M.G., Ostergaard J.R., Pedersen C.B., Olsen J., Christensen J. Death in children with febrile seizures: a population-based cohort study. Lancet 2008; 372(9637): 457–463. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61198-8
9. Capovilla G., Mastrangelo M., Romeo A., Vigevaro F. Recommendations for the management of “febrile seizures”: Ad Hoc Task Force of LICE Guidelines Commission. Epilepsia 2009; 50(Suppl 1): 2–6. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2008.01963.x
10. Natsume J., Hamano S.I., Iyoda K., Kanemura H., Kubota M., Mimaki M. et al. New guidelines for management of febrile seizures in Japan. Brain Dev 2017; 39(1): 2–9. DOI: 10.1016/j.braindev.2016.06.003
11. Subcommittee on Febrile Seizures. Febrile Seizures: guideline for the neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. Pediatrics 2011; 127: 389–394. DOI: 10.1542/peds.2010-3318

12. Nordli D.R.Jr., Moshé S.L., Shinnar S., Hesdorffer D.C., Sogawa Y., Pellock J.M., Lewis D.V. et al. Acute EEG findings in children with febrile status epilepticus: results of the FEBSTAT study. *Neurology* 2012; 79(22): 2180–2186. DOI: 10.1212/WNL.0b013e3182759766
13. Карлов Б.А., Техт А.Б., Авакян Г.Н., Гузева В.И., Белойусова Е.Д., Холин А.А. Эпилептический статус у детей. В книге: Федеральное руководство по детской неврологии. По ред. В.И. Гузевой. М 2016: 307–322. [Karlov V.A., Geht A.B., Avakyan G.N., Guseva V.I., Belousova E.D., Kholin A.A. Epileptic status in children. In: Federal Guideline for Pediatric Neurology. V.I. Guseva (ed.). Moscow 2016: 307–322. (in Russ)]
14. Pruna D., Balestri P., Zamponi N., Grosso S., Gobbi G., Romeo A., Franzoni E. et al. Epilepsy and vaccinations: Italian guidelines. *Epilepsia* 2013; 54(Suppl 7): 13–22. DOI: 10.1111/epi.12306

Поступила 26.06.2018

Received on 2018.06.26

Конфликт интересов:

Автор данной статьи подтвердил отсутствие конфликта интересов и финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

Conflict of interest:

The author of this article confirmed the lack of conflict of interest and financial support, which should be reported.