

**СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ВИРУСНЫМИ И ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ**

**Урванова А.В., Ерушкевич Д.С., Джолбунова З.К.,  
Чечетова С.В., Мамбетова М.К.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
Республиканская клиническая инфекционная больница  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Проведен сравнительный анализ случаев судорожного синдрома у 146 детей, больных острыми респираторными вирусными (ОРВИ) и кишечными инфекциями (ОКИ), а также микстинфекцией ОРВИ+ОКИ. Судорожный синдром чаще отмечался у детей первого года жизни (62,0%) на фоне гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ) и определял тяжесть болезни.

**Ключевые слова:** дети, острые респираторные вирусные инфекции, острые кишечные инфекции, судорожный синдром.

**ЖУГУШТУУ ИЧ ӨТКӨК ЖАНА КУРЧ МҮНӨЗДӨ ӨТҮҮЧҮ РЕСПИРАТОРДУК ВИРУСТУК ЖУГУШТУУ ООРУЛАР МЕНЕН ООРУГАН БАЛДАРДА КАЛТЫРАТМАНЫН КЕЗДЕШҮҮСҮ**

**Урванова А.В., Ерушкевич Д.С., Джолбунова З.К.,  
Чечетова С.В., Мамбетова М.К.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
Республикалык клиникалык жугуштуу оорулар бейтапканасы  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул илимий иликтөөдө балдарда, курч мүнөздө өтүүчү, респиратордук вирустук оорулар, ич өткөк оорулары жана аралаш-инфекциялар менен ооруган 146 бейтапта калтыратманын жолугуусу салыштырмалуу түрдө изилденди. Калтыратма гипоксикалык-ишемикалык энцефалопатиясы жана мээнин басымынын жогоруланышы менен жабыркаган бир жашка чейинки 62,0% балада кездешти жана оорунун өтүшүнө терс таасирин тийгизди.

**Негизги сөздөр:** балдар, курч мүнөздө өтүүчү респиратордук вирустук жугуштуу оорулар, өткөл ич өткөк оорусу, калтыратма.

**CONVULSION SYNDROME IN CHILDREN WITH ACUTE RESPIRATORY VIRAL AND ACUTE INTESTINAL INFECTIONS**

**Urvanova A.V., Erushkevich D.C., Djolbunova Z.K.,  
Chechetova C.V., Mambetova M.K.**

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy  
Republic clinical infection hospital  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The comparative analysis of cases of convulsion syndrome in 146 children with acute respiratory viral and acute intestinal infections as well as mixinfection of (ARVI+AI). Convulsion syndrome more frequently observed in 62% children at the first year of life with hypoxic ischemic-encephalopathy (HIE) determined the severity of the disease.

**Key words:** children, acute respiratory viral infection, acute intestinal infection, convulsion syndrome.

**Введение.**

Известно, что острые респираторные вирусные (ОРВИ) и кишечные (ОКИ) инфекции являются актуальной проблемой в педиатрии, т.к. относятся к наиболее часто встречающимся инфекциям с развитием неотложных синдромов, в том числе и нейротоксикоза, под которым следует понимать общую реакцию организма (разновидность инфекционного токсикоза) на любой инфекционный агент [1, 3, 4, 5].

В настоящее время нейротоксический синдром у детей раннего возраста рассматривается раздробленно в виде гипертермического, интоксикационного, общемозгового и менингеального синдромов. Одним из проявлений общемозговой симптоматики при ОРВИ и ОКИ являются судороги тонико-клонического характера с нарушением сознания [2, 4].

Ведущим механизмом является непосредственное повреждающее действие токсинов на эндотелий сосудов, которое приводит к активации тучных клеток, базофилов, выработке активных веществ (серотонин,

гистамин, интерлейкины) и гормонов. Это способствует централизации кровообращения, гипоксии тканей, повышению проницаемости сосудистых и клеточных мембран, развивается трансминерализация клеток и их отек (вазогенный отек мозга), что приводит к нарушению регуляции дыхательного и сосудистого центров [3, 4].

В основе возникновения судорожного синдрома лежит патологическая реакция ЦНС на действие инфекционных агентов и их токсинов у детей с повышенной судорожной готовностью мозга, которая может быть обусловлена предрасположенностью к пароксизмальным состояниям у детей с перинатальной патологией ЦНС (внутриутробная инфекция, ГИЭ) [4, 5].

**Целью** настоящей работы являлось выявление частоты и особенностей течения ОКИ и ОРВИ у детей с развитием судорожного синдрома.

**Материалы и методы исследования.**

В течение 2015 года наблюдали 146 детей с клиническим диагнозом острой кишечной инфекции (ОКИ) и острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) в

профильных отделениях Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ). Из них 52 ребенка поступили с диагнозом «ОКИ, судорожный синдром» и 58 - с диагнозом «ОРВИ, судорожный синдром», а также 36 детей с микст-инфекцией ОРВИ+ОКИ с судорожным синдромом. Проведено клинко-эпидемиологическое обследование детей с судорожным синдромом. Использовались общеклинические, биохимические и функциональные (рентген легких, УЗИ головного мозга) методы исследования по показаниям.

#### **Результаты и обсуждение.**

Возрастная структура обследованных больных была представлена следующим образом: дети в возрасте до 1 года – 62,0%; от 1 года до 3-х лет – 34,0% больных, старше 3 лет – 4,0%.

Среди заболевших детей большинство (76,0%) были городскими жителями. При изучении эпидемиологического анамнеза выявлен контакт с больными ОРВИ и ОКИ у 38,0% детей, заболевание связывали с переохлаждением – 62,0%.

Больные в основном поступали в профильные отделения РКИБ в первые 3-е суток от начала заболевания (78,8%), что было обусловлено развитием судорожного синдрома. Следует отметить, что до поступления в инфекционный стационар лишь 4,8% детей получили противосудорожные препараты: диазепам, сибазон, жаропонижающие препараты (58,9%) - парацетамол, ибупрофен, нурофен, цефиксоновые свечи. Антибактериальная терапия (амоксциллин, цефатоксим, цефазолин, ампициллин и др.) на догоспитальном этапе отмечена у 28,8% больных.

Больные ОРВИ и ОКИ дети поступали в инфекционный стационар с основным направляющим диагнозом «ОРВИ или ОКИ, фебрильные судороги» в 84,9% случаев, у остальных пациентов судороги отмечались уже при поступлении в стационар.

В структуре клинических диагнозов у наблюдаемых больных в 39,8% случаев выявлено ОРВИ с судорожным синдромом, у 35,6% детей - ОКИ с судорожным синдромом и микст-инфекция – в 24,6% случаев.

Каждый второй ребенок (53,4%) имел неблагоприятный преморбидный фон с поражением ЦНС: гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ), черепно-мозговая травма, детский церебральный паралич (ДЦП), гидроцефалия, киста головного мозга. Из них только 32,9% детей раннего возраста состояли на учете у невропатолога, что свидетельствует о возможном отрицательном влиянии острых инфекций (ОРВИ и ОКИ) на развитие судорожного синдрома у детей, которым в дальнейшем необходимо обследование и наблюдение невролога.

При детальном анализе оказалось, что повторные судороги в анамнезе были у 28,1% детей, у 22,6% детей судороги не прекращались и были повторными в стационаре. Эти данные наталкивают на возможность развития эпилепсии и необходимости назначения противоэпилептических препаратов под контролем энцефалографии и динамического наблюдения невролога.

Основными жалобами при поступлении были повышение температуры тела и судороги. Следует

отметить, что развитие судорог на фоне субфебрильной температуры (37,0-38,0°С) отмечалось у детей раннего возраста на фоне ГИЭ и синдрома внутримозговой гипертензии, которые сыграли ведущую роль в генезе развития судорог у этих детей.

Несмотря на развитие судорожного синдрома, была установлена среднетяжелая форма у 51,4% больных, а тяжелая форма болезни - у 48,6%. Хотя, наличие судорожного синдрома у детей с ОКИ и ОРВИ свидетельствует о тяжелой форме болезни, поэтому фактически у каждого второго ребенка была недооценка тяжести состояния. Следует отметить, что 10,3% больных по тяжести состояния получили лечение в отделении реанимации, из-за пневмонии с дыхательной недостаточностью и развития отека головного мозга (ОГМ) и ДВС-синдрома.

Негативное влияние на течение болезни оказывала анемия у 37,7%, как сопутствующая патология.

Проведен сравнительный анализ клинического течения ОКИ с судорожным синдромом (1 группа – 52 больных) с детьми, у которых отмечалось ОРВИ с судорожным синдромом (2 группа - 58 больных), а также с 3-й группой детей (36) с микст-инфекцией ОРВИ+ОКИ с судорожным синдромом (табл.1).

Анализ данных табл. 1 показал, что повышение температуры тела до 38,5°С достоверно ( $P<0,05$ ) чаще было у больных с ОКИ и микст-инфекцией (86,5±3,2%; 62,1±5,0%; 77,8±4,0%), а выше 39°С достоверно ( $P<0,05$ ) чаще у больных с ОРВИ и микст-инфекцией (13,5±0,4%; 37,9±7,5%; 22,2±3,0%). Рвота (51,9±5,4%; 29,3±7,5%; 61,1±4,4%) достоверно ( $P<0,05$ ) чаще отмечался у детей с ОКИ (1) и микст-инфекцией (3).

Менингеальные знаки (7,7±0,3%; 5,2±0,3%; 5,5±3,0%) и общемозговые симптомы (67,3±5,0%; 77,6±3,6%; 63,9±4,9%) не имели достоверных ( $P>0,05$ ) отличий у больных в сравниваемых группах.

Выявлена отрицательная корреляционная связь между длительностью судорог и возрастом ребенка: чем младше был ребенок, тем дольше сохранялись судороги ( $r_1 = -0,3$ ;  $r_2 = -0,3$ ;  $r_3 = -0,4$ ). Развитие очаговой симптоматики достоверно ( $P<0,05$ ) чаще наблюдалось у детей первого года жизни с ОКИ и микст-инфекцией, что являлось проявлением отека головного мозга (табл.1).

Анализ данных периферической крови позволил выявить в поздние сроки болезни у 26,7% больных лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, также повышение СОЭ. Эти данные периферической крови свидетельствуют о присоединении вторичной бактериальной инфекции у больных с ОРВИ и осложненном течении болезней.

УЗИ головного мозга у 8,2% детей первого года жизни позволило выявить признаки внутримозговой гипертензии и отека головного мозга, что свидетельствует о наличии поражения ЦНС у детей с судорожным синдромом.

Терапия у всех больных детей включала антибактериальное, дезинтоксикационное, противосудорожное и симптоматическое лечение. Антибиотики были назначены большинству 82,2% больных в ранние сроки заболевания, спектр которых был разнообразным:

Таблица 1.

Частота клинических симптомов у детей, больных ОКИ, ОРВИ с судорожным синдромом

Клинические симптомы	1 группа ОКИ с судорожным синдромом n=52, M±m, %	2 группа ОРВИ с судорожным синдромом n=58, M±m, %	3 группа Микст-инфекция (ОРВИ+ОКИ) с судорожным синдромом n=36, M±m, %	P
t=37,0°-38,5°С	86,5±3,2	62,1±5,0	77,8±4,0	P <sub>1-2</sub> <0,05 P <sub>1-3</sub> >0,05 P <sub>2-3</sub> <0,05
t>39°С	13,5±0,4	37,9±7,5	22,2±3,0	P <sub>1-2</sub> <0,05 P <sub>1-3</sub> <0,05 P <sub>2-3</sub> >0,05
Менингеальные знаки	7,7±0,3	5,2±0,3	5,5±3,0	P <sub>1-2</sub> >0,05 P <sub>1-3</sub> >0,05 P <sub>2-3</sub> >0,05
Общемозговые симптомы	67,3±5,0	77,6±3,6	63,9±4,9	P <sub>1-2</sub> >0,05 P <sub>1-3</sub> >0,05 P <sub>2-3</sub> >0,05
Рвота	51,9±5,4	29,3±7,5	61,1±4,4	P <sub>1-2</sub> <0,05 P <sub>1-3</sub> <0,05 P <sub>2-3</sub> <0,05
Очаговая симптоматика	7,7±0,3	5,2±1,2	8,3±0,3	P <sub>1-2</sub> <0,05 P <sub>1-3</sub> >0,05 P <sub>2-3</sub> <0,05

цефазолин, гентамицин, цефатоксим, цефтриаксон, амоксициллин и ампициллин. Однако основным показанием для назначения антибактериальной терапии у больных с ОРВИ и ОКИ являлось наличие пневмонии и развитие тяжелых неотложных синдромов.

Противосудорожные препараты в стационаре получили 44,5% детей: сибазон, диазепам, сульфат магния. Часть детей с перинатальной патологией ЦНС принимали фенобарбитал. Больные дети старше года, состоящие на учете у невролога, по поводу судорожного синдрома, продолжали получать конвулекс, карбамазепин и др. препараты.

Исход болезни у 30,1% больных закончился выздоровлением, 52,0% - выписаны с улучшением и 17,9% детей родители забрали самовольно домой из стационара после купирования судорог на 1-2-й день пребывания.

**Выводы:**

1. Судорожный синдром чаще отмечался у детей в возрасте до 1 года (62,0%) жизни на фоне гипоксически-ишемической энцефалопатии.

2. ОКИ и ОРВИ у детей раннего возраста были провоцирующим фактором развития судорожного синдрома, выявления ГИЭ у каждого 3-го больного, которые требуют дальнейшего наблюдения невролога и применения противоэпилептических препаратов в случае повторных судорог.

3. Судорожный синдром определяет тяжесть

течения болезни (ОРВИ и ОКИ), диктует необходимость назначения неотложной синдромальной терапии и осторожности лечащего врача и родителей, т.к. необходима профилактика вероятности развития эпилепсии.

**Литература:**

1. Богадельников, И.В. Клинические методы диагностики поражения нервной системы при инфекционных заболеваниях у детей / И. В. Богадельников, Г. М. Кушир // *Здоровье матери и ребенка*. - 2008. - № 2 (11). - С. 113-123.
2. Боконбаева, С. Дж. Клиническая характеристика судорожных состояний у детей раннего возраста / С. Дж. Боконбаева, А. Ш. Кадырова, В. В. Василенко // *Здоровье матери и ребенка*. - 2009. - Том 1, Приложение 1. - С. 100-102.
3. Гуменник, Е. В. Постгипоксические судороги у доношенных новорожденных : диагностика, лечение, прогноз: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.13 / Е. В. Гуменник. - СПб., 2007. - 22с.
4. Крамарев, С. А. Реакции и поражения нервной системы у детей при инфекционных болезнях /С. А. Крамарев // *Medicus Amicus* 2005. - № 4.- С.48-61. (<http://www.medicusamicus.com/index.php>).
5. Нейротоксический синдром при инфекционной патологии у детей / Н. А. Дубовицкая, Е. В. Михайлова, А. Г. Буланова и др. // *Журнал инфектологии*. - 2012. - Том 4, № 3. - С.43.