

A 3205



Доц. Мария Узунова е родена в София, където завършва висшето си образование. Работи първоначално в Научноизследователския институт по неврология и психиатрия, а от 1969 г. - в Научноизследователския институт по педиатрия като ординатор и научен сътрудник. След обединяването на НИП с Медицинска академия (по-късно Медицински университет) работи към Отдела по профилактична медицина, а от 1986 г. - в Клиниката по детска неврология на НИП като доцент, а по-късно като неин ръководител.

Доц. Узунова е защитила кандидатска дисертация на тема "Електромиографски проучвания на проприоцептивните рефлексни у деца - здрави и със спастични парези." Създава първия у нас детски кабинет по клинична електромиография. Въвела е редица електромиографски методи за диагноза на невромускулните заболявания у децата. Има над 60 научни публикации в български и чужди списания, много участия в наши и международни научни форуми. Научните интереси на доц. Узунова са в областта на детската неврология - невромускулните заболявания, епилепсията, детската церебрална парализа, клиничната електромиография.

ISSN 1311-0756

Брой 3, 2004 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

ТЕМА НА БРОЯ

Епилепсия и гърчове в детската възраст 2
Доц. М. Узунова

ОБЗОРИ

Епилептични пристъпи и гърчове у новороденото 5
Р. Георгиева
 Синдром на West 7
Д. Христова

ДИАГНОСТИКА

Диагностична стойност на електроенцефалографията при епилепсия и гърчове в детската възраст 10
П. Димова

ХРАНЕНЕ

Лечение на острият диарии в детската възраст с АЕ 110 - първото в света безлактозно мляко с нуклеотиди 12
П. Станчев

ТЕРАПИЯ

Съвременно лечение на епилепсията и епилептичния статус 17
Доц. М. Узунова и И. Литвиненко

ПРОФИЛАКТИКА

Предпазване от повторен фебрилен гърч 20
И. Иванов

КАК ПОСТЪПВАМ ПРИ...

Как постъпвам при афектно-респираторни пристъпи? 22
Проф. Н. Мумджиев

РЕФОРМАТА

Диспансеризация на децата с епилепсия 24
Доц. Е. Генов

ПРАКТИЧЕСКА ПЕДИАТРИЯ

Гост редактор: доц. Мария Узунова, г.м.н.
 Отговорен редактор: проф. Никола Мумджиев, г.м.н.
 Стилов редактор и коректор: Зара Татоесян
 Оформление и предпечатна подготовка: Наталия Кирилова
 Реклама: тел.: 02/973-21-50, 973-25-51
 Издание на Салвис АД, 1528 София, ул. „Димитър Пешев“ 5

със скорост 1 mg/kg/min. Ако ЕС не се овладее от това лечение, след 1 час повторно се прави фенитоин 5 mg/kg, а за следващите 24 часа се прибавят още 10 mg/kg (общата доза достига 25 mg/kg). Ако въпреки лечението ЕС продължава, болният трябва да се интубира и да се направи фенobarбитал 10-20 mg/kg/24 часа венозно (българският фенobarбитал е само за мускулно приложение). При рефрактерен ЕС може да се стигне до въвеждане на болния в барбитурова кома с тиопентал. Прилага се в начална доза 4-8 mg/kg бавно венозно с

последваща инфузия от 0.2 mg/kg/min и увеличаване с по 0.1 mg/kg/min на всеки 5 min. Необходим е ЕЕГ контрол за отчитане степента на комата. Срецу развиващия се едем на мозъка при ЕС се прилага манитол или декадрон.

През последните години се въведе депакин (Деракин) за венозно приложение. Особено подходящ е при болни в неконвулсивен ЕС. Прилага се в доза 20 mg/kg венозно за около 5 min с последваща инфузия 1 mg/kg/час.

Библиография

1. Appellon, R. et al. Lorazepam versus Diazepam in the acute treatment of epileptic seizures and status epilepticus. - *Devel. Med. Child. Neurol.*, 37, 1995, 682-688.
2. Arts, W. et al. Followup of 146 children with epilepsy after withdrawal of antiepileptic drug therapy. - *Epilepsia*, 29, 1988, 244-250.
3. Reynolds, E. et al. One drug (phenytoin) in the treatment of epilepsy. - *Lancet*, 1976, N 1, 923-926.
4. Schmidt, D. Reduction of two-drug therapy in intractable epilepsy. - *Epilepsia*, 24, 1983, 368-376.
5. Shinnar, S. et al. In whom does status epilepticus occur: age related differences in children. - *Epilepsia*, 38, 1997, 907-914.

ПРОФИЛАКТИКА

Предпазване от повторен фебрилен гърч

Ив. Иванов

Категра по педиатрия и медицинска генетика
Медицински университет - Пловдив

Високата честота на фебрилните гърчове (ФГ) и родителското безпокойство, което те предизвикват, оправдавват значителния интерес към тяхната профилактика. Въпреки многобройните епидемиологични и терапевтични проучвания и няколко разработени метода на поведение все още няма единно становище по отношение на индикациите за провеждане на профилактика и избора на съответен превантивен метод.

Съвременното **определение** за ФГ е: гърч при фебрилитет у дете от 6 мес. до 5-6-год. възраст без данни за невроинфекция, травма, метаболична или друга етиология и при липса на предшестващи афебрилни гърчове.

Решението какъв модел на поведение да се приеме след прекаран ФГ трябва да бъде съобразено с няколко **становища**,

относно които съществува значително единоумислие.

1. Фебрилните гърчове са доброкачествени. Съчетанието на ФГ с бъдеща епилепсия е около 2%, а с други неврологични увреждания - още по-рядко.

2. Риск от мозъчно увреждане съществува само при продължителен ФГ, а според някои автори и тази причинно-следствена връзка е невалидна.

3. Честотата на рецидиви на ФГ е около 30%, като 70% от тях настъпват в първата година след гърча, а 90% - в първите две години след него.

4. Не може да се разчита на навременното приложение на антипиретици дори във високи дози за намаляване на риска от гърч при фебрилитет.

5. Непрекъснатото приложение на фенobarбитал или валпроат намалява зна-

чително честотата на рецидиви на ФГ, но крие неоправдано висок риск от странични ефекти - с 5% по-нисък коефициент на интелегентност след 2-годишен прием на фенobarбитал или хепатотоксичност и други странични ефекти от прием на валпроат.

6. Приложението на фенobarбитал орално само по време на фебрилитет е неефективно поради продължителното време за достигане на ефективна плазмена концентрация.

7. Приложението на бензодиазепини само по време на фебрилитет намалява честотата от повторни ФГ според повечето автори, но също така обуславя и повишен риск от странични ефекти. Ректалното или венозното приложение на гуазепам може да потисне временно и най-често леко дишането при около 10%

от случаите, а оралното предизвиква в над една трета от децата атаксия, сънливост или свръхвъзбудимост.

8. Не е доказана възможността за предпазване от епилепсия след преживян ФГ дори при непрекъснатата профилактика с антиконвулсанти.

Описаните спановици са основание за следните **препоръки за поведение при различни казуси:**

• **След първи неусложнен фебрилен гърч** (т.е. под 15 min, без огнищност, при нормален неврологичен статус и развитие). В тази група попадат повечето случаи. Назначаването на профилактика с антиконвулсанти е неоправдано поради благоприятната прогноза при такива ФГ и рисковете от странични ефекти на медикаментите. Най-важните препоръки в тези случаи са следните:

1. Успокояване на родителите, убеждаване за доброкачествения характер на ФГ и обучение за правилно поведение при евентуален следващ пристъп.

2. Инструктиране на родителите за приложение на ректален диазепам в доза 0.3-0.5 mg/kg за прекъсване на евентуален нов ФГ. Алтернативно средство е Midazolam (Dormicum) 0.2 mg/kg от разтвор 5 mg/ml, приложени на капки върху назалната или букалната лигавица. Всеки един от тези начини на приложение на бързодействащ антиконвулсант е лесен за изпълнение, предпазва от развитие на продължителен гърч и намалява страха на родителите от фебрилитет при детето.

3. Навременно приложение на антипиретици, въпреки незадоволителния профилактичен ефект по отношение на ФГ. При деца, преживели ФГ, се препоръчва редовен прием на антипиретици в първите 48 часа от началото на фебрилното заболяване. Холандски автори доказват при деца с ФГ по-добър антипиретичен ефект на Ibuprofen по 5 mg/kg за доза четирикратно дневно в сравнение с Amidorphen - също четирикратно по 10 mg/kg.

4. По възможност ваксиниране с ацеларна противокочлюшна ваксина пора-

ди доказано по-висок риск от ФГ след приложение на убита ваксина. При липса на такава възможност може да се препоръча профилактичен редовен прием на антипиретици още след ваксинацията в продължение на 24 часа или отмяна на имунизацията против кочлюш. Рискът от ФГ след ваксиниране срещу морбилуреола-паротит е по-малък.

5. Стремешът за намаляване на честотата на фебрилните заболявания чрез общопедиатрични средства също би допринесъл за редуциране на риска от ФГ.

• **Случаи, при които може да се приложи интермитираща профилактика:** след усложнен фебрилен гърч, особено ако е бил с продължителност над 15 min; при деца с висок риск за нови ФГ (т.е. ФГ преди 12-мес. възраст, ФГ в първия час на фебрилното заболяване или при фебрилитет над 38 °C); след множество неусложнени ФГ; след ФГ у деца с неврологична патология; при изразена тревожност на родителите.

Родителите се обучават при следващ фебрилитет да прилагат Diazepam ректално по 0.5 mg/kg на доза през 12 часа или орално по 0.3 mg/kg през 8 часа. Терапевтична плазмена концентрация се постига при ректално приложение след 2-4 min, а при орално - след 30-90 min. Възможно е само първото приложение да е ректално с оглед на бързо постигане на антиконвулсивен ефект, след което да се продължи с орален прием. При липса на фабрично приготвени форми за ректално приложение може да се използват ампули за парентерално приложение, като необходимата доза се внася чрез катетър или с игла с поставен на нея предпазител с прерязан връх. Описаната профилактика продължава до постигане на 24 афебрилни часа, но не повече от три дни. Алтернативни средства са Clonazepam (Rivotril, Antelersin) по 0.05 mg/kg на доза орално през 12 часа, Lorazepam по 0.1 mg/kg per os или ректално през 8 часа или Clonazepam 10 mg еднократно дневно (последните два препарата все още не са регистрирани у нас).

Назначаването на профилактика с бензодиазепини трябва да бъде съобразено с риска от посочените по-горе странични ефекти. Намаляването на дозата може да премахне евентуалната сънливост, атаксия или раздразнителност. Интермитиращата профилактика следва да се прилага при всяко температурно състояние в следващите 1 до 2 години, през които рискът за рецидиви на ФГ е най-висок.

• **При чести усложнени ФГ, които не се предотвратяват от интермитираща профилактика, или при наличие на множество рискови фактори за епилепсия** (поява на афебрилен гърч, наличие на предшестваща неврологична симптоматика или изоставане в нервно-психичното развитие, на фамиленост с епилепсия, която да насочва към синдрома "генерализирана епилепсия с фебрилни гърчове +" и др.) е възможно назначаване на непрекъснатата профилактика с антиконвулсанти. Този метод се прилага все по-рядко, тъй като повечето автори не препоръчват продължителен прием на противогърчови медикаменти за предпазване от рецидивиращи ФГ.

Понастоящем най-подходящ за начало на такава профилактика е валпроатът. Доказано е, че фенитоинът и карбамазепинът нямат превантивен ефект при ФГ, фенобарбиталът предизвиква в 30-50% поведенчески и интелектуални нарушения, а данните за т.нар "нови антиконвулсанти" в това отношение са все още недостатъчни. Назначава се непрекъснатата профилактика и лечението се проследява задължително от детски невролог. При липса на рецидиви след 1 до 2 години приемът на антиконвулсанта постепенно се спира.

В заключение на настоящия етап специалистът педиатър разполага с достоверни данни както за рисковете от ФГ, така и от различните методи на поведение. Негов е изборът на конкретен подход за съответното дете, при който да се постигне баланс между полза и риск.