

THE RISK FACTORS OF BREATH HOLDING SPELLS IN CHILDREN

Qodirova Muborak Najmiddinova

Fazliddinova Feruza Qahramonovna

teacher of the Navoi College of Public

Health named after Abu Ali ibn Sino

Abstract: *This article examines the role of various factors in the development of respiratory-affective seizures. To do this, we analyzed in detail the passage of the ante-, intra- and postnatal periods. Also, all examined children underwent laboratory research methods (general clinical blood test and determination of calcium content in blood serum) in order to identify deficiency conditions and their impact on the course of these seizures..*

Keywords: *Anemia, hypocalcemia, young children, perinatal background, respiratory-affective convulsions.*

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕСПИРАТОРНО-АФФЕКТИВНЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ

Кодирова Муборак Наджмиддиновна,

Фазлиддинова Феруза Кахрамоновна

преподаватель Наваинского техникума общественного

здравоохранения имени Абу Али ибн Сино

Аннотация: *В данной статье изучена роль различных факторов в развитии респираторно-аффективных судорог. Для этого нами детально были проанализированы прохождения ante-, интра- и постнатального периодов. Также всем обследуемым детям были проведены лабораторные методы исследования (общеклинический анализ крови и определение содержания кальция в сыворотке крови) с целью выявления дефицитных состояний и их влияние на течение данных судорог.*

Ключевые слово: *Анемия, гипокальциемия, дети раннего возраста, перинатальный фон, респираторно-аффективные судороги.*

Респираторные аффективные судороги – давно известный и часто встречающийся у детей рефлекторный феномен не эпилептической этиологии, вызывающий сильное беспокойство у родителей. Респираторные аффективные судороги, breath-holding spells, (в просторечии – закатывания) представляют собой внезапные

кратковременные остановки дыхания на высоте вдоха с невозможностью выдоха, сопровождающиеся изменением цвета кожных покровов и возникающие при плаче у детей грудного или младшего возраста. Возможны варианты легкого течения АРП в виде кратковременной задержки дыхания и цианоза носогубного треугольника, чаще без потери сознания; средней степени тяжести, заканчивающийся опистотонусом и тяжелой степени с длительным периодом апноэ, потерей сознания, непроизвольным мочеиспусканием [1,с12-15; 2,10; 3,с 56-58]. Несмотря на то, что задержка дыхания может показаться преднамеренной и демонстративной, обычно у детей она возникает непроизвольно [4,146-148]. Частота встречаемости АРП в детской популяции варьирует от 4% до 13% [5,191]. По данным Linder легкие приступы с изменением цвета кожных покровов без потери сознания отмечаются у 4,7% детей, в то время как тяжелые, с потерей сознания и судорогами – у 1,7%. Феномен три раза чаще наблюдается у мальчиков, чем у девочек. Пик первой манифестации пароксизмов, как правило, приходится на возраст от 6 до 18 мес., однако, в редких случаях феномен может проявить себя сразу после рождения [6,с 41-42], в возрасте 2-3 лет или ещё реже после 8 лет. У 15% детей манифестация приступов наблюдается до 6-месячного возраста, а у 10% детей после 2-летнего возраста. Частота приступов варьирует от единичных в год до нескольких раз в день. У 30% детей с АРП наблюдается 1 и более приступов в день. Пик частоты приступов отмечается в возрасте от 1 до 2 лет.

Средний возраст детей с основной группы составил $1,60 \pm 0,29$ года, с контрольной группы $1,66 \pm 0,33$ года соответственно.

По результатам исследования выявлены гендерные различия: в обеих исследуемых группах число мальчиков преобладало над числом девочек и составило следующее: в основной группе 32 (64%):18 (36%) (соотношение полов 1,78:1) и в контрольной группе 16 (53,3%):14 (46,7%) (соотношение полов 1,14:1) соответственно.

Распределение детей в сравниваемых группах согласно условным возрастным интервалам было следующим образом:

Большинство обследованных детей в обеих группах вошли 13-24 месячный возрастной интервал, в основной группе 20 (40%) детей, в контрольной группе 10 детей (33,3%) соответственно. Распределение оставшихся детей по возрастным интервалам было таковым: с основной группы 17 (34%) и с контрольной группы 9 (30%) детей вошли 6-12 месячный интервал; по 8 (16%) и 7 (23,3%) детей с каждой группы пришлись на 25-36 месячный интервал и наконец, самое меньшее количество детей, по 5

(10%) и 4 (13,3%) с каждой группы, следовательно вошли 37-60 месячный возрастной интервал.

Течение антенатального, интранатального и постнатального периодов, предопределяет дальнейшее развитие ребенка и склонность к разным патологическим состояниям, в том числе разного рода к пароксизмальным состояниям. Следовательно, при сборе анамнестических данных с нашей стороны большое и важное внимание уделялось течению беременности, родов и послеродового периода матерей исследуемых детей.

При анализе антенатальных факторов риска у 42 (84%)** матерей детей с основной группы и 17 (56,7%) с контрольной группы во время беременности был выявлен анемия различной степени тяжести. Среди других факторов неблагополучия беременности наиболее значимыми оказались следующие факторы: токсикоз у 34 (68%*** матерей с основной группы и у 11 (36,6%) матерей с контрольной группы, соматические заболевания матери у 16 (32%**) и у 4 (13,3%), стрессы у 17 (34%) и у 5 (16,7%), острые вирусные инфекции и грипп у 17 (34%) и у 5 (16,7%) соответственно. Наименее редко зафиксированными антенатальными факторами были: угроза прерывания беременности у 6 (12%) матерей с основной группы и у 1 (3,3%) с контрольной группы, гестозы у 7(14%) и у 2 (6,6%) матерей.

По результатам анализа прохождения интранатального периода, большинство детей в сравниваемых группах родились в процессе естественных родов: 46 (92%) детей с основной и 28 (93,3%) с контрольной группы. Кесарево сечение применялось у 4 (8%) матерей с основной и у 2 (6,6%) с контрольной группы соответственно. 4 (8%) детей с основной и 2(6,6%) детей были рождены недоношенными (гестационный возраст менее 37 недель); переношение (гестационный возраст более 42 недель) было выявлено 2 (4%) случаев в основной группе, напротив этому в контрольной группе переношенность не выявлялась. Стремительные роды наблюдались 5(10%) матерей детей с основной группы и у 3 (10%) с контрольной группы; затяжные роды со слабостью родовой деятельности были зарегистрированы в 4(8%) и 1 (3,3%) случаев соответственно. Аномальное предлежание плода отмечалось у 2 (4 %) матерей детей с основной и 1(3,3%) с контрольной группы. К использованию акушерских пособий пришлось прибегнуть в процессе родов у 3 (6%**) матерей детей с основной группы, в контрольной группе не было зарегистрировано использование данных пособий. Тугое обвитие пуповиной отмечалось у 5 (10%) новорожденных с основной группы и у 2 (6,6%) с контрольной группы

исследования. 6 (12%) детей с основной и 2(6,6%) с контрольной родились маловесными (масса тела менее 2500 гр); крупный вес при рождения было отмечено у 5 (10%) и у 3 (10%) случаев с каждой группы соответственно. Такие факторы риска, как родовые травмы и длительная желтуха были зарегистрированы только у детей с основной группы и составили 3(6%)** и 2 (4%) .

В развитии респираторно-аффективных приступов определенную роль принадлежит наследственной предрасположенности. Наследственная предрасположенность по пароксизмальным состояниям и в частности РАС прослеживалась в 36 (72%) случаев и оставшихся 14 (28%) случаев не было отмечена наследственная предрасположенность.

По результатам общеклинического анализа крови средний показатель гемоглобина у детей из основной группы составил $86,02 \pm 4,57$, а в контрольной группе этот показатель составил $106,2 \pm 1,8$; средний показатель эритроцитов $3,05 \pm 0,07$ и $3,86 \pm 0,08$; средний показатель цветового индекса $0,829 \pm 0,004$ и $0,84 \pm 0,007$. Различия вышеуказанных 3 параметров в сравниваемых группах были статистически достоверными.

По результатам данных общеклинического анализа крови, у 6 (12%) с основной и у 17(56,6%) детей с контрольной группы показатели гемоглобина, эритроцитов и цветового индекса соответствовали в возрастным нормам. У 9 (18%) детей с основной и 10 (33,3%) с контрольной группы была выявлена анемия 1- степени. У 27 (54%) детей с основной и у 3 (10%) детей с контрольной группы была зафиксирована анемия 2-степени. У 8 (16%) детей с основной группы была зарегистрирована анемия 3- степени, напротив к этому в контрольной группе дети с анемией 3-степенью отсутствовали.

Показатели кальция у 7 (14%) детей с основной и у 18 (60%) детей с контрольной группы соответствовали к нормальным показателям. Гипокальциемия была зафиксирована у 43 (86%) детей с основной и у 13 (43,3%) детей с контрольной группы.

Комплексное воздействие неблагоприятных факторов перинатального периода, по-видимому являются причиной несостоятельности адаптационно-защитных механизмов организма и способствует развитию респираторно-аффективных приступов. Кроме перинатальных факторов риска наследственная предрасположенность также может предопределить развитие респираторно-аффективных приступов. Гипокальциемия и железодефицитная анемия участвует в



провоцировании приступов и способствует более тяжелому течению приступов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Шамансуров Ш.Ш., Рафикова З.Б. Аффективно-респираторные пароксизмы. – Ташкент, 1991.
2. Петрухин А.С., Мухин К.Ю., Соловьева М.Е. Для тех, кто лечит «Эпилепсия» //Приложение к журналу «Здоровье». – 2001. – № 4. – С. 10.
3. Булахова Л.А. Детская психоневрология. – 2001. – С. 56-58.
4. Dimario FJ. Breath – holding spells in childhood .Am J DisChild 1992 ;146-148.
5. Миридонов В.Т. Церебральные пароксизмы в детской неврологической клинике. Пермь, 1994. -191 с.