Аффективно-респираторные приступы

Аффективно-респираторные приступы, или пароксизмы, припадки (АРП), breath-holding spells, (в просторечии – закатывания) представляют собой внезапные кратковременные остановки дыхания на высоте вдоха с невозможностью выдоха, возникающие при плаче у детей грудного или младшего возраста. Ребенок при этом в той или иной степени синеет или бледнеет. Один из часто встречающихся вопросов по неотложной помощи в практике педиатра и детского невролога, это состояние очень пугает родителей, поэтому расскажу о нем подробнее.

Аффективно-респираторные приступы (приступы задержки дыхания) представляют собой наиболее раннее проявление обмороков или истерических приступов. Слово «аффект» означает сильную, плохо контролируемую эмоцию. «Респираторный» - это то, что имеет отношение к дыхательной системе. Приступы обычно появляются в конце первого года жизни и могут продолжаться до 2-3 летнего возраста. Несмотря на то, что задержка дыхания может показаться преднамеренной, обычно дети не делают этого специально. Это просто рефлекс, возникающий тогда, когда плачущий ребенок с силой выдыхает почти весь воздух из своих легких. В этот момент он замолкает, его рот открыт, но из него не доносится ни единого звука. Чаще всего эти эпизоды с задержкой дыхания не длятся больше 30—60 секунд и проходят после того, как ребенок переводит дыхание и снова начинает кричать.

В это время родители начинают паниковать, хотя для ребенка это, согласитесь, не лучшая помощь. Поэтому приведу все материалы, которые мне удалось собрать по этому вопросу.

Иногда аффективно-респираторные приступы можно разделить на 2 типа - "синий" и "бледный".

"Бледные" аффективно-респираторные приступы чаще всего являются реакцией на боль при падении, уколе. При попытке пощупать и посчитать пульс во время такого приступа - он на несколько секунд исчезает. "Бледные" аффективно-респираторные приступы по механизму развития приближаются к обморокам. В дальнейшем у части детей с такими приступами (пароксизмами) развиваются обморочные состояния.

Однако, чаще всего аффективно-респираторные приступы развиваются по типу "синих". Они являются выражением недовольства, неисполненного желания, гнева. При отказе выполнить требования, добиться желаемого, обратить на себя внимание ребенок начинает плакать, кричать. Прерывистое глубокое дыхание останавливается на вдохе, появляется легкая синюшность. В легких случаях дыхание восстанавливается через несколько секунд и состояние ребенка нормализуется. Такие приступы внешне сходны с ларингоспазмом - спазмом мышц гортани. Иногда приступ несколько затягивается, при этом либо развивается резкое снижение мышечного тонуса - ребенок весь "обмякает" на руках у матери, либо возникает тоническое напряжение мышц и ребенок выгибается дугой.

АРП сопровождаются ростом тонуса блуждающего нерва. При бледных пароксизмах иногда наблюдаются задержки сердцебиения (асистолия), при обоих типах пароксизмов часто встречаются электроэнцефалографические (ЭЭГ) патологические изменения. Приступы наблюдаются в возрастном диапазоне от новорожденности до 5-6 лет, хотя наиболее часто наблюдаются в возрасте до 2-3-х лет.

Приступы могут быть как редкими (раз в несколько месяцев), так и частыми, много раз в день. Длительность задержки дыхания может колебаться от 1-2 секунд до десятков секунд. По данным некоторых авторов, приступ АРП может перерасти в эпилептический припадок.

Аффективно-респираторные приступы наблюдаются у детей возбудимых, раздражительных, капризных. Они являются разновидностью истерических приступов. Для более «обычной» истерии у детей раннего возраста характерна примитивная двигательная реакция протеста: ребенок при неисполнении желаний с целью добиться своего падает на пол: беспорядочно бьет о пол ручками и ножками, кричит, плачет и всячески демонстрирует свое негодование и ярость (знакомая картинка, да?). В этой "двигательной буре" протеста выявляются некоторые черты истерических приступов более старших детей.

После 3-4 лет у ребенка с приступами задержки дыхания или истерическими реакциями могут продолжать отмечаться истерические приступы или быть другие проблемы с характером. Однако существуют способы, которые могут помочь вам предупредить превращение "ужасных двухлеток" в "ужасных двенадцатилеток".

Принципы правильного воспитания маленького ребенка с респираторно-аффективными и истерическими приступами.

Предупреждение приступов. Приступы раздражения являются вполне нормальными для любых детей, да и вообще - для людей всех возрастов. У всех из нас случаются приступы раздражения и ярости. Мы никогда не избавляемся от них полностью. Однако, став взрослыми, мы стараемся быть более сдержанными при выражении своего недовольства. Двухлетние дети более откровенны и прямы. Они просто дают выход своей ярости. Думаю, многие с этим уже познакомились на практике, да?

Ваша роль как родителей детей с истерическими и респираторно-аффективными приступами заключается в том, чтобы научить детей контролировать свою ярость, помочь им овладеть умением сдерживаться.

В формировании и поддержании пароксизмов (приступов) определенное значение иногда имеет неправильное отношение родителей к ребенку и его реакциям. Если ребенка всячески оберегают от малейшего расстройства - все ему разрешают и выполняют все его требования - только бы ребенок не расстроился - то последствия такого воспитания для характера ребенка способны испортить всю его дальнейшую жизнь. Кроме того, при таком неправильном воспитании у детей с приступами задержки дыхания могут развиться истерические приступы. Правильное воспитание во всех случаях предусматривает единое отношение всех членов семьи по отношению к ребенку - чтобы он не использовал семейные разногласия для удовлетворения всех своих желаний. Нежелательно чрезмерно опекать ребенка. Целесообразно определение ребенка в дошкольные учреждения (ясли, детский сад), где обычно приступы не повторяются. Если появление аффективно-респираторных приступов явилось реакцией на устройство в детские ясли, детский сад, наоборот, необходимо временно взять ребенка из детского коллектива и вновь определить его туда только после соответствующей подготовки с помощью опытного детского невролога.

 Нежелание идти «на поводу» у ребенка не исключает использование некоторых «гибких» психологических приемов для предотвращения приступов:

 1. Предчувствуйте и избегайте вспышек. Дети скорее разражаются плачем и криком, когда они устали, проголодались или чувствуют, что их торопят. Если вы можете заранее предвидеть такие моменты, вам удастся обойти их. Вы сможете, например, избежать утомительного ожидания в очереди к кассиру в магазине, просто не отправляясь за покупками, когда ваш ребенок проголодался. Ребенку, которого охватывает приступ раздражения во время спешки перед отправкой в ясли в утренние часы пик, когда родители также отправляются на работу, а старший брат или сестра собирается в школу, следует вставать на полчаса раньше или, наоборот, позже - когда в доме станет спокойнее. Узнавайте трудные моменты в жизни своего ребенка, и вы сумеете предупредить приступы раздражения.

2. Переключайтесь от команды "стоп" к команде "вперед". Маленькие дети более склонны реагировать на просьбу родителей сделать что-то, так называемые команды "вперед", чем прислушаться к просьбе прекратить делать что-то. дети не любят слово «нет» и «нельзя». Поэтому, если ваш ребенок кричит и плачет, попросите его подойти к вам, вместо того, чтобы требовать прекратить крик. В этом случае он более охотно выполнит просьбу.

3. Назовите ребенку его эмоциональное состояние. Двухлетний ребенок может оказаться неспособным выразить словами (или просто осознать) свое чувство ярости. Чтобы он мог контролировать свои эмоции, вам следует присвоить им определенное название. Не делая заключения по поводу его эмоций, постарайтесь отразить чувства, испытываемые ребенком, например: "Может быть ты сердишься потому, что не получил пирожного". Затем дайте ему четко понять, что, несмотря на чувства, есть определенные пределы его поведению. Скажите ему: "Хотя ты и рассердился, ты не должен вопить и кричать в магазине". Это поможет ребенку понять, что есть определенные ситуации, в которых такое поведение не допускается.

4. Скажите ребенку правду относительно последствий. При разговоре с маленькими детьми часто бывает полезным объяснить последствия их поведения. Объясните все очень просто: "Ты не контролируешь своего поведения и мы не позволим этого. Если ты будешь продолжать, тебе придется уйти к себе в комнату".

Судороги при респираторно-аффективных приступах.

Когда у ребенка при наиболее тяжелых и длительных аффективно-респираторных приступах нарушается сознание, то приступ может сопровождаться судорогами. Судороги бывают тоническими - отмечается напряжение мышц - тело словно деревенеет, иногда выгибается дугой. Реже при респираторно-аффективных приступах отмечаются клонические судороги - в виде подергиваний. Клонические судороги бывают реже и тогда обычно отмечаются на фоне тонических (тонико-клонические судороги). Судороги могут сопровождаться непроизвольным мочеиспусканием. После судорог дыхание возобновляется. При наличии судорог могут возникать трудности в дифференциальной диагностике респираторно-аффективных пароксизмов с эпилептическими приступами. Кроме того, в некотором проценте случаев у детей с аффективно-респираторными судорогами могут развиваться в дальнейшем и эпилептические пароксизмы (приступы). Некоторые неврологические заболевания также могут быть причиной таких респираторно-аффективных приступов. В связи со всеми этими причинами для уточнения характера пароксизмов и назначения правильного лечения каждый ребенок с респираторно-аффективными приступами должен быть обследован опытным детским неврологом.

Что делать во время приступа задержки дыхания.

Если вы относитесь к числу тех родителей, чей ребенок в приступе ярости задерживает дыхание, обязательно сами сделайте глубокий вдох и затем вспомните следующее: задержка дыхания почти никогда не причиняет вреда (вы же способны задержать дыхание на какое-то время без ущерба для здоровья?).

Во время аффективно-респираторного припадка можно какими-либо воздействиями (дунуть на ребенка, похлопать по щекам, пощекотать и др.) способствовать рефлекторному восстановлению дыхания.

Вмешивайтесь пораньше. Гораздо легче остановить приступ ярости, когда он только начинается, чем в то время, когда он в полном разгаре. Маленьких детей часто удается отвлечь. Заинтересуйте их чем-то, скажем, игрушкой или другим развлечением. Даже такая бесхитростная попытка, как та же щекотка, иногда приносит результаты.

Если приступ затянулся и сопровождается длительным общим расслаблением или судорогами - положите ребенка на ровную поверхность и поверните его голову в сторону, чтобы он не задохнулся в случае рвоты.

После приступа ободрите и успокойте ребенка, если он не понимает, что произошло. Еще раз подчеркните необходимость хорошего поведения. Не отступайте только из-за того, что вам хочется избежать повторения эпизодов с задержкой дыхания.

Обследование.

Тщательное описание эпизода – неотъемлемая часть в лечении. В частности повышенное внимание должно быть уделено обстоятельствам и последовательности событий во время приступа. Эта информация может послужить важным диагностическим ключом. Например большинству АРП предшествует ажиатация (нарушение двигательных функцйий) и плач, что контрастирует с эпилептическими приступами, кардиальными нарушениями, и ортостатическими синкопами, которые часто происходят безо всяких эмоциональных провокаций.

У детей старшего возраста с АРП, дополнительными диагностическими ключами могут быть эпизоды недержания мочи, которые часто сопровождают некоторые типы эпилептических приступов. Также информативны сообщения о возникновении АРП на фоне сна или полного спокойствия.

Практическим врачам необходимо выявлять информацию о том, связан ли дистресс с едой, или другой физической активностью, или ощущениями боли в груди, или другими физикальными симптомами. Такие находки наводят на мысль о каких-то других нарушениях, таких как кардиопульмональные (сердечные и легочные) проблемы.

Генеалогический анамнез – это еще один важный критерий оценки пациента. Предшествующие обзоры свидетельствуют, что от 20% до 30% детей с детскими АРП имеют членов семей у которых наблюдались аналогичные аффективные расстройства.

Если данные истории болезни или физикального осмотра свидетельствуют об эпилептических приступах, или других расстройствах ЦНС, рекомендуется проведение видео ЭЭГ мониторинга (желательно с фиксацией данных состояний), и консультация с детским неврологом. Если подразумевает кардиоваскулярная проблема, представляется уместным провести холтеровское мониторирование и проконсультироваться с детским кардиологом.

Лечение аффективно-респираторных приступов

При лечении аффективно-респираторных приступов необходимо учитывать, что они представляют собой первое проявление детской истерии и обычно возникают на невропатической почве. Поэтому лечение должно проводиться в двух направлениях.

Во-первых, необходима семейная психотерапия, направленная на коррекцию воспитания, устранение потворствующей гиперопеки, нормализацию семейных отношений и др. Целесообразно определение ребенка в дошкольные учреждения, где обычно приступы не повторяются. Если появление аффективно-респираторных приступов явилось реакцией на устройство в детские ясли, детский сад, наоборот, необходимо временно взять ребенка из детского коллектива и вновь определить его туда только после соответствующей подготовки.

Во-вторых, необходимо проводить лечение невропатии с применением ряда средств, укрепляющих нервную систему, и седативных препаратов. Наиболее благоприятно применение кальция (кальция глюконат, кальция лактат по 0,25-0,5 г на прием), валерианы в виде настойки по стольку капель на прием, сколько ребенку лет, либо настоя валерианы 3-5 г, поливитаминов. В более тяжелых случаях применяют липоцеребрин, фосфрен, глутаминовую кислоту, аминалон по 2-3 раза в день. При очень частых (ежедневно, несколько раз в день) припадках (что может указывать на повышенную возбудимость мозга) необходимо применение небольших доз противоэпилептических средств (фенобарбитал, гексамидин на ночь). Применение этих препаратов рекомендуется и при обнаружении на ЭЭГ-исследований пароксизмальной активности. Как уже указывалось, у некоторых детей с аффективно-респираторными приступами в дальнейшем наблюдаются эпилептические пароксизмы. Во время припадка аффективно-респираторных судорог оказания помощи ребенку обычно не требуется. Только при затянувшемся пароксизме следует какими-либо воздействиями (обрызгивание водой, похлопывание по щекам и др.) способствовать рефлекторному восстановлению дыхания.

Чем старше становится ребенок, тем большее значение в лечении различных пароксизмов невротического происхождения имеет психотерапия. К семейной психотерапии присоединяются и другие ее виды - групповая и коллективная, а также индивидуальная, направленная на коррекцию истероидных черт личности.

При наличии у больного ребенка соматической астенизации необходимы проведение общеукрепляющей терапии, санация очагов хронической инфекции. Рекомендуется проведение седативной терапии, причем, кроме препаратов кальция, валерианы, бромидов, нередко приходится применять транквилизаторы - триоксазин, элениум, седуксен (в возрастных дозировках). Полезны водные процедуры - хвойные ванны, обтирания и проч. Во время самого истерического приступа помощи больному ребенку не требуется.

В начале приступа иногда можно прекратить его переключением больного на какой-либо вид деятельности - книги, игры, прогулка. Если этого сделать не удается, лучше на фиксировать внимание окружающих на припадке, оставить ребенка одного, и тогда приступ быстрее проходит.

Подвожу краткие итоги всему сказанному:

\* Пугаться не стоит: дети от таких приступов не умирают (вероятность ничтожна), - из приступов они выходят сами, даже если родители не будут ничего предпринимать (дуть, умывать водой), но несколько позже...

\* Чрезмерно опекать и потакать не стоит, но и совсем оставлять детей без внимания не надо. Стараться предотвратить и предупредить наступление приступа. Родители уже обычно представляют себе ситуации и состояние ребенка, которые грозят вылиться в приступ.

\* физ.упражнения и прочее без ограничений. Но стараться, чтобы ребенок не перевозбуждался. Телевизоры и компьютеры – под запретом.

\* приступы учащаются весной-осенью, - надо пить витамины и делать успокаивающие ванны, пить чаи и заниматься зарядкой.

\* есть закономерности: Чем больше промежуток между приступами, тем больше вероятность того, что следующий приступ наступит позже и наоборот. Т.е. если приступа не было 2-3 мес., то его вероятность уменьшается. А если был приступ, через неделю ещё один, то следующий может наступить хоть сегодня.

И конечно: особенно внимательно в этот период относиться к желаниям ребенка.

\* Во время приступа надо не паниковать, а обратить внимание на ребенка: в какую сторону наклонена голова, под каким углом, трясёт ли он головой, обмякает ли он или наоборот тело у него становится жестким, когда это происходит, закатаны ли у него глаза и пр. Это надо, чтобы врач могла диагноз ТОЧНО поставить !

\* Эти приступы могут быть симптомом эпилепсии. Но до 5-7 лет эпилепсию не ставят (до тех пор, пока нельзя провести томографию мозга и пр.обследования. К тому времени подавляющее большинство детей "вырастают" из этого состояния. Но регулярный контроль невропатолога пока им необходим.

\* Конечно, ничего хорошего в приступах нет: на несколько секунд прекращается питание клеток головного мозга. Часть клеток умирает, но для человека это незаметно и на умственном развитии не отражается. Но это зависит от частоты приступов. Конечно, если приступы практически каждый день, то головной мозг сильно страдает.

Самый главный совет – не ленитесь обращаться к врачу – профессионал разберется и назначит вам план правильных действий.