

Pro zvládnutí febrilních křečí u dětí je v rámci první pomoci vhodná rektální aplikace *diazepamu* – podle tělesné váhy dítěte buď 5 mg (do hmotnosti 15 kg), nebo 10 mg (hmotnost nad 15 kg). Dávky při nitrožilní aplikaci jsou totožné. Novou možností je bukalní aplikace *midazolamu* (Epistatus) v dávce 0,3 mg/kg. Tato varianta je použitelná i v průběhu křečového záchvatu při trismu. Dále se podávají antipyretika a popřípadě se dítě ochladí fyzikálními způsoby.

Kardiovaskulární příčiny křečí: hypertenzní krize, arytmie – AV blok III. stupně, sick sinus syndrom a hypoxické křeče v úvodu zástavy oběhu.

Záchat křečí se může vyskytnout v **souvislosti s intoxikacemi** – například při předávkování teofylinem, izoniazidem, tricyklickými antidepresivy, antikonvulzivny, sympatomimetiky, antihistaminiky, nikotinem, salicyláty a dalšími látkami. Častěji se však křeče vyskytují při syndromu z odnětí u závislosti na etanolu, opioidech, benzodiazepinech a barbiturátech.

8.5.3 Epilepsie

Rozeznáváme idiopatickou epilepsii a sekundární epilepsii vznikající v důsledku identifikovatelné neurologické nebo jiné patologie. Při průkazu sekundární epilepsie se častěji nasazuje léčba již při prvním záchvatu, neboť je vyšší riziko opakovaní záchvatů.

Sekundární epileptický záchvat může být projevem:

- **strukturální léze CNS** – příčinou může být ischemická nebo hemoragická cévní mozková příhoda, kortikální dysplazie, hamartom, posttraumatické stavy nebo tuberózní skleróza,
- **traumat mozku** – krvácení subdurální, epidurální, intracerebrální, kontuzní ložiska,
- **nádorového onemocnění** – primární nádory i metastázy, krvácení do nádorového ložiska.

Charakteristické klinické příznaky u epileptických záchvatů

Nacházíme pět okruhů klinických příznaků:

1. **Poruchy vědomí:** generalizovaný záchvat je spojen s krátkodobým bezvědomím, po kterém následuje návrat vědomí, avšak s přetrvávající zmateností a amnézií.
2. **Motorické projevy:** křeče, tonické i klonické, jsou nejvýraznějším projevem epileptického záchvatu. Patří sem i snížení nebo ztráta svalového tonu a automatický (koordinované mimovolní pohyby) u některých forem epilepsie.
3. **Somatosenzorické příznaky:** parestezie a optické, akustické a olfaktorické senzac.
4. **Vegetativní projevy:** zahrnují reakci zornic, zvraceně, nevolnost, zvracení.
5. **Psychické projevy:** mají charakter různých subjektivních prožitků a jsou zpravidla spojeny s kvalitativní poruchou vědomí. Mohou se vyskytovat olfaktorické, chuťové, vizuální nebo sluchové halucinace. U parciálních záchvatů jsou i afektivní poruchy – úzkost, pocity strachu, paranoia a deprese, méně často elace nálady.

je první v pořadí tonická křeč svalstva v extenzi, která trvá asi 30–60 sekund a je pro- vázena poruchou dechu. V této fázi je pacient ohrožen hypoxií. Někdy se vyskytne inkontinence moči, popřípadě stolice, může nastat zvracení. V další fázi nastupují klonické konvulze, doba trvání zhruba 60–120 sekund, v této fázi dochází k typickému laterálnímu pokousání jazyka. Po fázi křečí nastupuje postparoxysmální stadium, kdy dochází k pozvolnému návratu vědomí, různé dlouho přetrvává zmatenost, postižený bývá bradypsychický. Pacient má na příhodu amnézii.

Absence (záchvat petit mal) jsou generalizovaným záchvatem, kdy dojde ke krátké ztrátě vědomí v řádu sekund, není ztráta posturálního tonu. Pacient neodpovídá na verbální ani jiné stimuly, ale po záchvatu pokračuje v předchozí činnosti, není postiktální stadium. Často se vykytuje u dětí ve školním věku; není-li diagnostikována, považuje se za nepozornost a vede ke zhoršenému prospěchu.

Myoklonický generalizovaný záchvat se projevuje jednotlivými nebo vícečetnými záškuby proximálního svalstva horních končetin, u **atonického záchvatu** je ztráta svalového tonu následovaná pádem.

Parciální projevy jsou ložiskovým příznakem záchvatu. Řadí se sem simplexní křeče (SPS – simplex partial seizures), např. jacksonské paroxysmy bez ztráty vědomí, kdy pacient vše vnímá a na vše si pamatuje.

Komplexní (CPS – complex partial seizures), např. temporální záchvat je doprovázený ztrátou či alterací vědomí, ale nejsou přítomné křeče. Symptomy jsou bizarní a častá je záměna za psychiatrické diagnózy. Vyskytují se automaticky viscerální symptomy poruchy paměti, vnímání i afektivní poruchy.

Parciální záchvaty se mohou rozšířit na obě hemisféry a sekundárně generalizovat. Po záchvatu křečí může přetrvávat pozáchvatový neurologický deficit, tzv. **Toddova postiktální hemiparéza**, která odezní nejdéle do 24 hodin po záchvatu a upraví se bez následků, může však být zaměněna za CMP.

Status epilepticus

Do epileptického statu může přejít prakticky každý typ záchvatu, a podrobná klasifikace je tedy velmi složitá. Pro praktické posouzení se může status epilepticus rozdělit na konvulzivní a nekonvulzivní.

Generalizovaný konvulzivní status epilepticus (GCSE) je definován jako situace, kdy záchvatová aktivita přetrvává bez přerušení déle než 30 minut, nebo se v této době vyskytnou dva nebo více záchvatů bez návratu k plnému vědomí v mezidobí. Většina epileptických záchvatů se spontánně ukončí do pěti minut, s delším trváním pravděpodobnost takového spontánního ukončení klesá. Proto je nutné považovat záchvat trvající déle než pět minut za hrozící status epilepticus. Během trvajících křečí s bezvědomím jsou extrémně zvýšené metabolické nároky mozku, rozvíjí se vazogenní edém, mezi hrozící komplikace patří hyperpyrexie, tachykardie, hypotenze, hypoxie jak cerebrální, tak i systémová, hypoglykémie a zvýšení intrakraniálního tlaku. GCSE probíhá typicky ve dvou fázích. V první fázi trvají křeče nebo nastává kumulace jednotlivých záchvatů bez návratu vědomí. Pacient je ohrožen zejména hypoxií, na niž se podílí periodické apnoické pausy během tonických křečí, nedosta- tečná ventilace při nekoordinovaných konvulzích a možná aspirace, a dále rozvojem