



**Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
IMSP SR Soroca**

Convulsii febrile la copii

Protocol clinic instituțional

PCN- 8



**Soroca
2022**

**Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii
Moldova din 06.06.2008, proces verbal nr. 3.**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 250 din
19.06.2008 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Convulsii febrile
la copii”**



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
SPITALUL RAIONAL SOROCA „A.PRISACARI”

ORDIN

Din 28 martie 2022

Nr. 74/5

„Cu privire la elaborarea Protocolului clinic instituțional „Convulsii febrile la copii”

În scopul elaborării Protocolului clinic instituțional „Convulsii febrile la copii”, precum și în temeiul Regulamentului IMSP Spitalul Raional Soroca, aprobat de Ministerul Sănătății Ordinul Nr.1003 din 15 decembrie 2017, înregistrat Consiliul Raional Soroca Nr.20/04 din 26 octombrie 2017, înregistrat la Agenția Servicii Publice Departamentul de Înregistrare și Licențiere a Unității de Drept la data de 22 februarie 2018, dosar Nr.1003607150209,

ORDON:

1.0. Se aprobă Protocolul clinic instituțional „Convulsii febrile la copii”, conform anexei.

2.0. Șefii secțiilor și subdiviziunilor :

2.1. Vor organiza implementarea prevederilor Protocolul clinic instituțional „Convulsii febrile la copii”, în cadrul asistenței medicale acordate populației.

3.0. Consiliul Calității din cadrul IMSP Spitalul Raional Soroca va organiza periodic controlul respectării prevederilor și eficienței utilizării Protocolul clinic instituțional „Convulsii febrile la copii”.

4.0. Dnei Nadejda Romanciuc-farmacist diriginte:

4.1. Va organiza asigurarea secțiilor respective din cadrul instituției cu medicamentele necesare, incluse în Protocolul clinic instituțional „Convulsii febrile la copii”.

5.0. Dlui Ion Ursu-Programist:

5.1. Va organiza plasarea prezentului Protocol anexat la prezentul ordin pe pagina WEB a IMSP SR Soroca la rubrica „Activitate”.

6.0. Controlul executării prezentului ordin se atribuie **dlui Valeriu Bordian-vicedirector medical.**

**Director al IMSP
Spitalul Raional Soroca „A.Prisacari”**

Angela Rusnac

1. Lista responsabililor de elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii operaționale.

Nr.crt.	Elemente privind responsabil de operațiune	Numele și prenumele	Funcția	Data	Semnătura
	1	2	3	4	5
1.1	Aprobat	Angela Rusnac	Director	03.02.2022	
1.2	Verificat	Valeriu Bordian	Vicedirector medical	02.02.2022	
1.3	Elaborat	Silvia Albu	Șefa secției pediatrie	01.02.2022	
1.4					

2. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii operaționale.

Nr. crt.	Ediția/revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
	1	2	3	4
2.1	Ediția 1			2017
2.2	Revizia 1			2022

3. Lista persoanelor la care se difuzează ediția sau, după caz, revizia din cadrul ediției procedurii operaționale.

Nr. crt.	Scopul difuzării	Exemplar Nr. ...	Compartiment	Funcția	Nume și prenume	Data primirii	Semnătura
	1.	2	3	4	5	6	7
3.1	Aplicare	1	Președintele CC	Vicedirector medical	Bordian Valeriu		
3.2	Informare	2	Secția statistică medicală	Șef de secție	Ion Ursu		
3.3	Informare	3	Secția Boli interne	Șef de secție	Eugenia Rezuș		
3.4	Informare	4	Secția Neurologie	Șef de secție	Valeriu Petrovici		
3.5	Informare	5	Secția UPU	Șef de secție	Alexei Procopii		
3.6	Informare	6	Secția Pediatrie	Șef de secție	Silvia Tetiu		
3.7	Informare	7	Centrul Perinatal	Șef de secție	Igor Babără		
3.8	Informare	8	Secția Traumatologie	Șef de secție	Valeriu Petrovici		
3.9	Informare	9	Secția ATI	Șef de	Veaceslav		

				secție	Neamțu		
3.10	Informare	10	Secția boli contagioase	Șef de secție	Victoria Tverdohleb		
3.11	Informare	11	Secția Imagistică	Șef de secție	Veaceslav Donos		
3.12	Informare	12	Secția îngrijiri cronice	Șef de secție	Nelea Slivinschii		
3.13	Informare	13	Secția consultativă	Șef de secție	Rodica Todirean		
3.14	Informare	14	Laborator	Șef de secție	Liubovi Homa		
3.15	Informare	15	Farmacia	Șef de secție	Nadejda Romancic		
3.16	Informare	16	Secția transfuzie	Șef de secție	Angela Gușan		

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AMP	asistență medicală primară
AMU	asistență medicală de urgență
CF	convulsii febrile
CT	tomografie computerizată
EEG	electroencefalogramă
FCC	frecvență a contracțiilor cardiace
FR	frecvență a respirației
i.m.	intramuscular (administrare intramusculară)
i.r.	intrarectal (administrare intrarectală)
i.v.	intravenos (administrare intravenoasă)
ICȘOSM și C	Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului
LCR	lichid cefalorahidian
NSG	neurosonografie transfontanelară
RMN	rezonanță magnetică nucleară
SATI	secția anestezie și terapie intensivă
TA	tensiune arterială
TAd	tensiune arterială diastolică
TAs	tensiune arterială sistolică
TIC	tensiune intracraniană

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

Diagnosticul: Convulsiile febrile la copil

Exemple de diagnostice clinice:

1. Convulsii febrile simple (benigne), generalizate, tonico-clonice.
2. Convulsii febrile complexe, focale.

Codul bolii (CIM 10): R56.8

Utilizatorii:

- Secția consultativă al IMSP SR Soroca (neuropediatri);
- asociațiile medicale teritoriale (medici de familie și neuropediatri);
- secțiile de pediatrie, reanimare și terapie intensivă al IMSP SR Soroca (neuropediatri, pediatri, reanimatologi).
- Unitatea de primire urgentă (medici de urgență) al IMSP SR Soroca ;

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști.

Scopurile protocolului:

1. Sporirea calității în examinările clinice și paraclinice ale pacienților cu CF.
2. Sporirea calității tratamentului prescris pacienților cu CF.
3. Sporirea gradului de profilaxie recurentelor la pacienți cu CF.
4. Reducerea numărului de cazuri de invalidizare neuropsihică prin CF.
5. Reducerea numărului de cazuri de deces prin CF.

Definițiile folosite în document

Convulsii febrile: convulsii ocazionale (accidentale), ce survin la un copil de la 3 luni până la 5 ani, pe fundalul unor pusee de febră $> 38,0^{\circ}\text{C}$, în absența oricăror semne de suferință cerebrală. Sunt 3 factori principali care pot fi cauza convulsiilor febrile: febra, vârsta și predispoziția genetică. Convulsiile febrile se clasifică în funcție de evoluție în: 1) convulsii febrile simple (benigne); și 2) convulsii febrile complexe.

Convulsii febrile simple (benigne): convulsii care apar la un copil cu o anamneză neurologică sugestivă pentru CF, cu vârsta de la 6 luni până la 5 ani, pe fundal de febră. Sunt primar generalizate (tonice, tonico-clonice sau atonice), durează până la 15 minute, nu se mai repetă pe parcursul aceluiași puseu febril sau în afebrilitate. Deficitul motor postcritic este absent. Este absentă patologia neurologică anterioară. Alcătuiesc 70-75% din CF.

Convulsii febrile complexe: durează peste 15 minute, sunt focale sau unilaterale, pot trece în *status epilepticus*, se repetă în serie pe parcursul a 24 de ore sau pe fundal de febră, pot genera deficite

motorii postcritice (paralizia Todd). Survin pînă la vîrsta de 1 an. Este specific retardul psihomotor anterior crizei sau datele anormale la examenul neurologic. Anamneză familială este sugestivă pentru epilepsie. Pot contribui la dezvoltarea epilepsiei în 10% din cazuri. Alcătuiesc 35% din CF.

Status epilepticus: orice criză epileptică care durează mai mult de 5 minute sau succesiuni subintrante de crize epileptice timp de 15 minute și mai mult, în decursul cărora starea de conștiență a copilului nu revine la normal.

Status epilepticus convulsiv generalizat (grand mal): crize convulsive generalizate tonice, tonico-clonice, clonice sau atonice subintrante, fără recuperarea conștienței între crize.

Status epilepticus convulsiv parțial: crize motorii succesive, între care persistă un deficit motor permanent. Uneori, crizele se limitează la cîteva secuze clonice într-un teritoriu limitat și pe prim plan este deficitul motor. Un aspect particular are epilepsia parțială continuă Kojevnikow, în cadrul căreia are loc o activitate clonică permanentă într-un teritoriu limitat.

Status epilepticus, în formă de absență sau status epilepticus generalizat nonconvulsiv (status petit mal): perturbare a conștienței în măsură variabilă (de la o simplă lentoare intelectuală la o torpoare profundă). Manifestările clinice atipice pot include: catatonie și tulburările de memorie.

Status epilepticus parțial nonconvulsiv: absențe complexe, frecvente, clasice, fără revenirea conștienței între crize sau episoade continue de confuzie mentală și tulburări comportamentale, cu sau fără automatisme. E posibilă alternarea perioadelor de pierdere totală și parțială a conștienței.

Recomandabil: nu are un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

Informația epidemiologică

Convulsiile febrile reprezintă convulsii ocazionale (accidentale), constituind unul dintre problemele majore ale neurologiei pediatrice. Sunt una dintre cele mai frecvente cauze declanșatoare ale status-ului epileptic la copii [4].

În SUA, America de Sud și în Europa de Vest 2-5% dintre toți copiii pînă la 5 ani prezintă una sau mai multe crize de CF, pe fundalul unei boli însoțite de febră [11, 20, 25]. CF sunt mai frecvente în țările din Asia. Predomină ca frecvență la băieți [26]. Vîrsta de debut cea mai frecventă– 18-22 de luni.

Mortalitatea prin CF este mică. În studiul NCCP (*National Cooperative Perinatal Project*) nu s-a constatat niciun caz de deces în grupul din 1821 de pacienți cu CF [21].

Dezvoltarea mentală și neurologică la pacienții cu CF este normală, la majoritatea pacienților cu o dezvoltare normală anterior CF [21]. Într-un studiu efectuat în Marea Britanie nu s-au determinat diferențe de comportament la copiii cu CF în anamneză versus restul populației [23].

Sechelele cele mai frecvente sunt: hemiplegia, diplegia, coreoatetoză și rigiditatea de decorticare [3]. Cel mai mare risc asociat CF aparține recurențelor. 30-37% dintre pacienți vor prezenta minim o recurență. În majoritatea cazurilor apar 2-3 recurențe. 50% din recurențe survin în primele 6 luni de la primul episod de CF și 3/4 – până la 1 an. Gradul de frecvență a recurențelor sunt în funcție de precocitatea primului episod.

Epilepsia secundară poate apare la 3-8% dintre copiii cu CF simple. În cazul CF complexe, riscul dezvoltării epilepsiei este de 10% [14, 15].

CF preced 15% din cazurile de debut al epilepsiei în copilărie. Dar, deoarece CF sunt mai rare ca frecvență comparativ cu epilepsia copilului, mai puțin de 5% dintre copiii care au făcut CF pot dezvolta epilepsia. La pacienții cu CF în anamneză pot fi atestate toate tipurile de epilepsie, inclusiv absențele, crizele generalizate tonico-clonice și parțiale complexe [5]. Există unii factori de risc care pot contribui la dezvoltarea epilepsiei după CF [5, 7].

Recent a apărut conceptul sindrom epileptic genetic – epilepsie generalizată plus CF (GEFS + – *generalized epilepsy plus febrile seizures*). GEFS se manifestă prin mai multe fenotipuri, inclusiv CF, CF plus (debut în medie la 1 an de CF multiple, diferite de CF tipice, cu asociere de convulsii afebrile, cu durata de până la 5-6 ani) și epilepsia mioclonic-astatică, mai rară [24]. Ar fi binevenit studiul genetic molecular a familiilor cu un astfel tip de manifestări, pentru identificarea genelor specifice CF și ale epilepsiilor generalizate. Este frecventă asocierea CF și a epilepsiei cu scleroză temporală medială, în special în cazul CF complicate, cu o durată îndelungată [7].

Prognosticul pe termen lung al epilepsiei secundare, al capacităților neurologice, motorii, cognitive și educaționale nu a fost influențat de tipul de tratament aplicat în copilărie [22].

Există o asociere preferențială între CF și epilepsia temporală și o asociere mai puțin preferențială între CF și epilepsia generalizată [19]. Conform studiilor, CF nu par a fi un factor de risc evident pentru epilepsia extratemporală.

Relația între CF și epilepsia secundară este frecvent genetică. Studiile genetice moleculare și clinice recente sugerează că sunt o serie de sindroame genetice specifice pentru CF [23].

Impactul CF asupra cheltuielilor de resurse ale serviciului de ocrotire a sănătății au determinat studierea mai intensă a acestora începând cu anii '90 ai secolului trecut în mai multe țări. În SUA și în Europa grupurile de experți au elaborat primele ghiduri de management și de tratament al CF. În întreaga lume medicală solicitările pentru ghidurile de practică sunt în creștere continuă. Societățile științifice medicale internaționale reeditează periodic (1 dată la 3-4 ani) ghidurile deja publicate.

Actualitatea bolii se conturează și în spațiul postsovietic, inclusiv în Republica Moldova – apar publicații cu referire la CF, au fost editate primele recomandări locale de management al copilului cu CF.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească: echipele de profil general și specializat 903 (112)		
Descriere (măsurile)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
Protecția personalului	Protejarea personalului medical în timpul contactului cu pacientul.	Obligatoriu: Protecția personalului prin utilizarea articolelor de protecție (mănuși, halate, măști).
1. Diagnosticul		
1.1. Examenul clinic	Diagnosticarea de urgență a CF permite acordarea rapidă a ajutorului medical care contribuie la reducerea considerabilă a complicațiilor.	Obligatoriu - Anamneza (casetele 6, 7). - Examenul fizic (caseta 8).
2. Tratatamentul		
2.1. Tratatamentul de urgență la etapa prespitalicească C.2.2.6.1 (Algoritm C.1.1)	Inițierea timpurie a tratamentului de urgență stopează progresia și previne sechelele grave [21].	Obligatoriu: - Tratatamentul CF complicate cu status epilepticus și cu edem cerebral acut (Algoritm C.1.1) (caseta 17). - Tratatamentul CF, la etapa prespitalicească (caseta 18).
2.2. Transportarea în secția specializată C.2.2.5	Stabilizarea și monitorizarea funcțiilor vitale permite evaluarea complicațiilor și transportarea pacientului în staționarul de profil.	Obligatoriu: Evaluarea criteriilor de spitalizare și asigurarea posibilităților de transport (casetele 14, 15).

B.2. Nivel de asistență medicală primară (medic de familie)		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Diagnosticul		
2.2. Confirmarea diagnosticului de CF și evaluarea gradului de afectare C.2.2.1 – C.2.2.4	- Anamneza permite suspectarea CF la majoritatea pacienților [3, 21]. - Sindromul convulsiv este prezent la toți pacienții cu CF [15, 16, 21]. - Semnele fizice patologice pot lipsi, dar sunt prezente semnele neurologice patologice [21]. - Diagnosticul de CF necesită investigații de laborator, paraclinice și imagistice pentru confirmare [15, 16, 21].	Obligatoriu: - Anamneza (casetele 6, 7). - Examenul fizic (caseta 8). - Examine de laborator, paraclinice și imagistice (caseta 9). - Diagnosticul diferențial (casetele 10, 11, 12, 13).
2.2. Luarea deciziei: consultația specialistului și/ sau spitalizare C.2.2.5		- Recomandarea consultației specialistului pacienților cu dificultăți de diagnostic diferențial și pacienților cu o ineficiență a tratamentelor antipiretic și anticonvulsivant. - Evaluarea criteriilor de spitalizare (casetele 14, 15).
2. Tratamentul		
2.1. Tratamentul nemedicamentos la domiciliu C.2.2.6	CF simple, ușoare, fără boli concomitente și semne neurologice anterioare, pot fi tratate cu succes la domiciliu [15, 16, 21].	Obligatoriu: - Regimul la pat pentru toată perioada febrilă. - Consumarea fluidelor pentru corecția deshidratării și pentru menținerea unui debit urinar adecvat. - Regimul alimentar limitat în primele 1-2 zile, apoi consum de alimente bogate în vitamine, ușor asimilabile și cu potențial alergizant redus, cu limitarea condimentelor și produselor iritante (caseta 21). - Aplicarea metodelor nemedicamentoase (fizice) de tratament antipiretic (caseta 18).

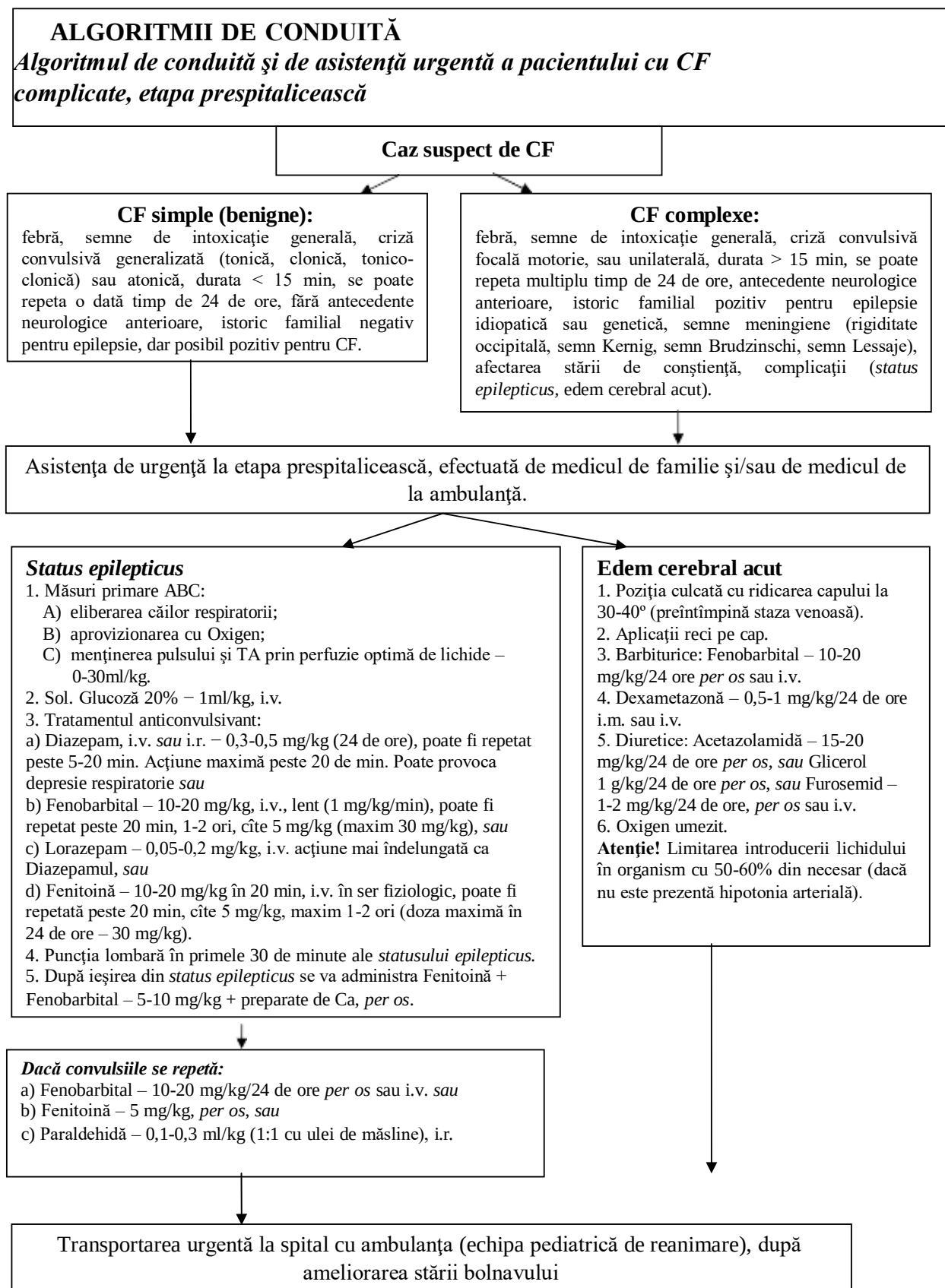
I	II	III
2.2. Tratamentul medicamentos la domiciliu		
2.2.1. Tratamentul antipiretic și cel anticonvulsivant C.2.2.6	La pacienții acestui grup (CF simple, ușoare) efectul clinic adecvat poate fi obținut prin administrarea antipireticelor și a anticonvulsivantelor [20, 21].	Obligativ: - Tratamentul antipiretic medicamentos în caz de febră > 38,0°C (Paracetamol, Metamizol) (caseta 18). - Tratamentul anticonvulsivant: ✓ Diazepam i.v. sau i.r., apoi Fenobarbital 5-10 mg/kg/24 de ore <i>per os</i>, pentru toată durata febrei (casetele 22, 23, 24). - Tratamentele de susținere și de prevenire a convulsiilor după suprimarea lor: ✓ Fenobarbital (caseta 26). - Evaluarea gradului de eficiență a tratamentului antipiretic (caseta 20).
2.3. Tratamentul de urgență, etapa prespitalicească		
2.3.1. Tratamentul de urgență, etapa prespitalicească C.2.2.6.1 (Algoritmul C.1.1)	Inițierea timpurie a tratamentului de urgență suprimă progresia și previne sechelele grave [21].	Obligativ: - Tratamentul CF complicate cu <i>status epilepticus</i> și cu edem cerebral acut (Algoritmul C.1.1) (caseta 17). - Tratamentul CF, etapa prespitalicească (caseta 18).
2.3.2 Transportarea în secția specializată C.2.2.5	Stabilizarea și monitorizarea funcțiilor vitale permit evaluarea complicațiilor și transportarea pacientului în staționarul de profil.	Obligativ: Evaluarea criteriilor de spitalizare și asigurarea posibilităților de transport (casetele 14, 15).

B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (neuropediatru)		
Descriere (măsurile)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Diagnosticul		
1.1. Confirmarea diagnosticului de CF și evaluarea gradului de afectare C.2.2.1 – C.2.2.4	- Anamneza permite suspectarea CF la majoritatea pacienților [3, 21]. - Sindromul convulsiv este prezent la toți pacienții cu CF [15, 16, 21]. - Semnele fizice patologice pot lipsi, dar sunt prezente semnele neurologice patologice [21]. - Diagnosticul de CF necesită investigații de laborator, paraclinice și imagistice pentru confirmare [15, 16, 21].	Obligativ: - Anamneza (casetele 6, 7). - Examenul fizic (caseta 8). - Examine de laborator, paraclinice și imagistice (caseta 9). - Diagnosticul diferențial (casetele 10, 11, 12, 13).
1.2. Luarea deciziei în tactica de tratament: staționar versus ambulatoriu C.2.2.5		Reevaluarea criteriilor de spitalizare (casetele 14, 15).
2. Tratamentul la domiciliu		
2.1. Tratamentul nemedicamentos C.2.2.6	CF simple, ușoare, fără boli concomitente și semne neurologice anterioare, pot fi tratate cu succes la domiciliu [15, 16, 21]	Obligativ: - Regimul la pat pentru toată perioada febrilă. - Consumarea fluidelor pentru corecția deshidratării și pentru menținerea unui debit urinar adecvat. - Regimul alimentar limitat în primele 1-2 zile, apoi consum de alimente bogate în vitamine, ușor asimilabile și cu potențial alergizant redus, cu limitarea condimentelor și a produselor iritante (caseta 21). - Aplicarea metodelor nemedicamentoase (fizice) de tratament antipiretic (caseta 18).

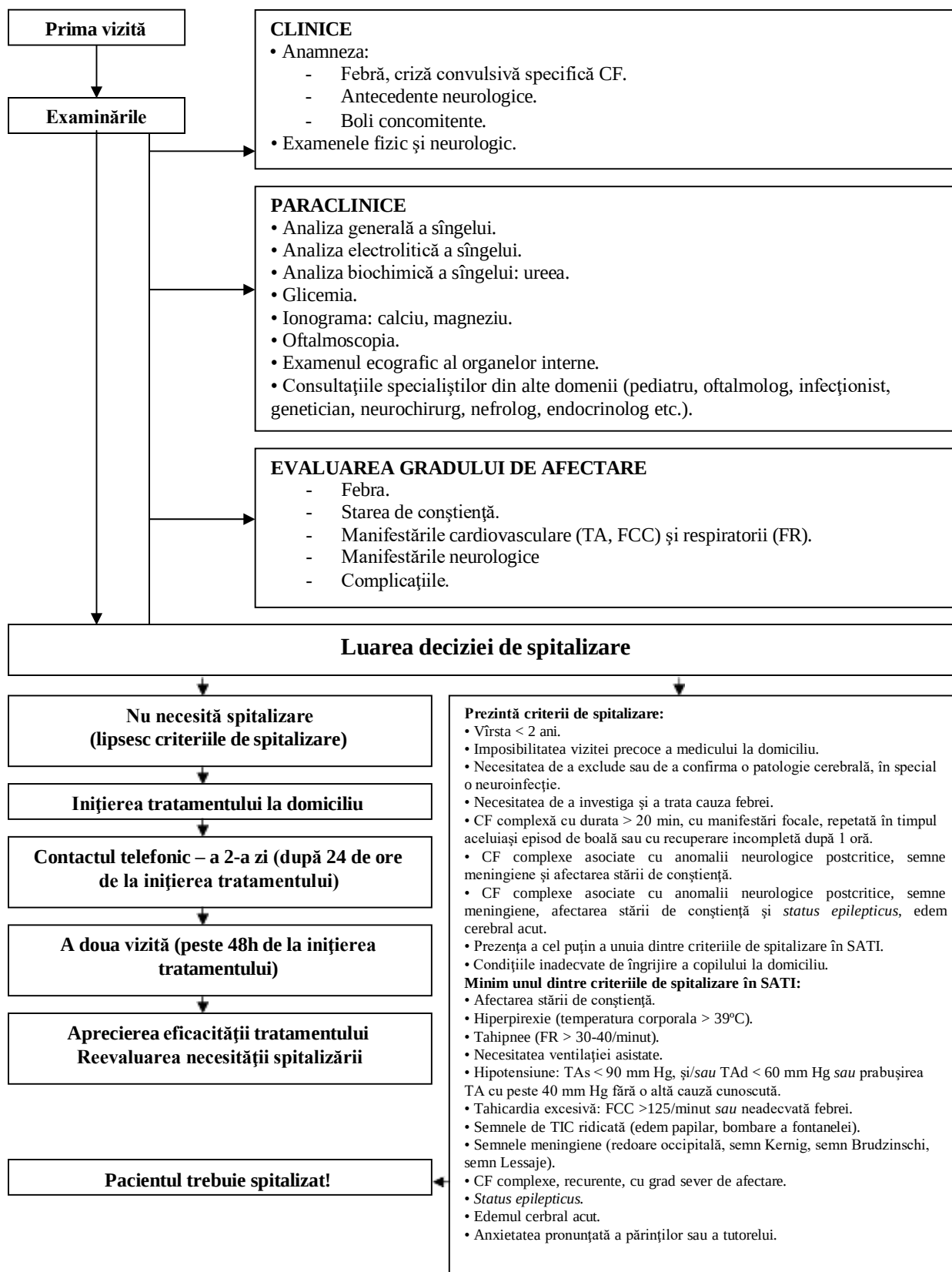
I	II	III
2.2. Tratamentul medicamentos		
2.2.1. Tratamentul antipiretic și cel anticonvulsivant C.2.2.6	La pacienții acestui grup (CF simple, ușoare) efectul clinic adecvat poate fi obținut prin administrarea antipireticelor și a anticonvulsivantelor [20, 21].	Obligatoriu: • Tratamentul antipiretic medicamentos în caz de febră > 38,0°C (Paracetamol, Metamizol) (<i>caseta 18</i>). • Tratamentul anticonvulsivant: ✓ Diazepam i.v. sau i.r., apoi Fenobarbital 5-10 mg/kg/24 de ore <i>per os</i>, pentru toată durata febrei (<i>casetele 22, 23, 24</i>). • Tratamentele de susținere și de prevenire a convulsiilor după suprimarea lor: ✓ Fenobarbital (<i>caseta 26</i>). • Evaluarea gradului de eficiență a tratamentului antipiretic (<i>caseta 20</i>).
3. Supravegherea temporară	Supravegherea temporară realizată neuropediatru este indicată pacienților cu un risc sporit pentru evoluția trenantă a bolii [17].	Obligatoriu: • Reevaluarea criteriilor de spitalizare (în caz de ineficiență a tratamentului). • Consultația medicală după examinările de laborator, paraclinică, imagistică repetată.

B.4. Nivel de asistență medicală spitalicească		
Descriere (măsurii)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Spitalizarea C.2.2.5	- CF simple, ușoare, fără boli asociate și semne neurologice anterioare, pot fi tratate cu succes la domiciliu [15, 16, 21]. - Vor fi spitalizate persoanele care prezintă cel puțin un criteriu de spitalizare [21, 22]. - Persoanele, care prezintă cel puțin 2 criterii de spitalizare în SATI, necesită internare în SATI [21, 22].	- Criteriile de spitalizare în secțiile de profil neuropediatric (spitale raionale și municipale) (casetele 14, 15). - Criteriile de spitalizare în secțiile neuropediatric (spitale republicane): - cazurile în care nu este posibilă stabilirea diagnosticului și/sau tratamentul la nivel raional (municipal).
2. Diagnosticul		
Confirmarea diagnosticului de CF Evaluarea gradului de afectare Diagnosticul diferențial C.2.2.1 – C.2.2.4	Tactica de conduită a pacientului cu CF și alegerea tratamentului medicamentos depind de gradul de afectare și de complicațiile bolii, de factorii de teren (vîrstă și boli asociate), aprecierea căroră în unele cazuri este posibilă numai în condiții de staționar [21, 22, 23].	Obligatoriu: - Anamneza (casetele 6, 7). - Examenul fizic (caseta 8). - Examine de laborator, paraclinice și imagistice (caseta 9). - Diagnosticul diferențial (casetele 10, 11, 12, 13).
3. Tratamentul		
3.1 Tratamentul nemedicamentos C.2.2.6		Obligatoriu: - Regimul fizic. - Regimul alimentar (caseta 21).

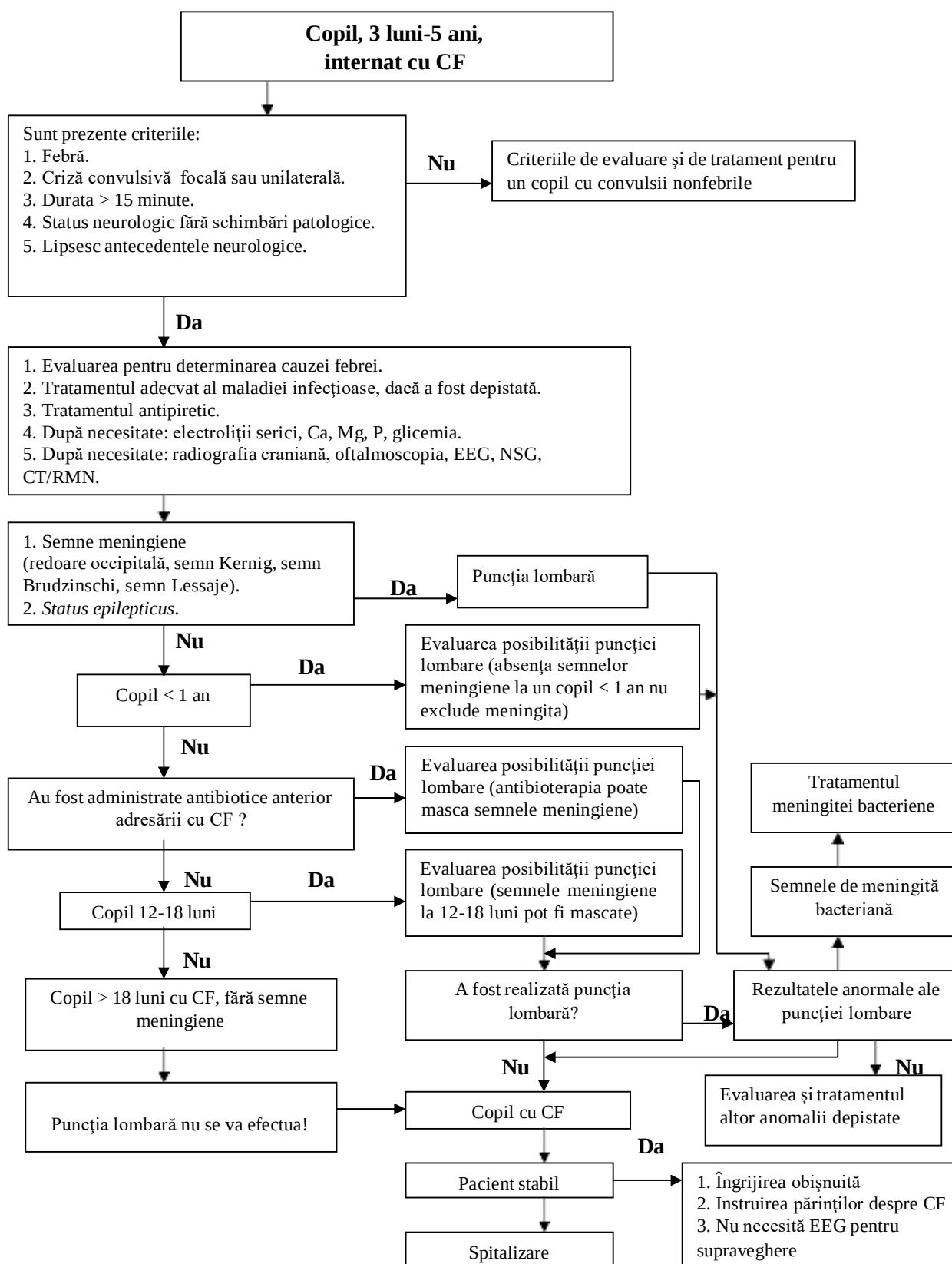
I	II	III
3.2. Tratamentul medicamentos		
3.2.1 Tratamentul antipiretic și cel anticonvulsivant al CF C.2.2.6	Tratamentul antipiretic continuă pînă la normalizarea temperaturii, iar cel anticonvulsivant de susținere – în funcție de indicații [17, 23].	Obligativ: • Tratamente antipiretice medicamentos în caz de febră > 38,0°C (Paracetamol, Metamizol + Difenhidramină (<i>caseta 19</i>)). • Tratamentul anticonvulsivant: ✓ Diazepam i.v. sau i.r., apoi Fenobarbital 5-10 mg/kg/24 de ore <i>per os</i>, pentru toată durata febrei (<i>casetele 22, 23, 24</i>). • Tratamentele de susținere și de prevenire a convulsiilor după anihilarea lor: ✓ Fenobarbital (<i>caseta 26</i>). • Evaluarea eficacității tratamentului antipiretic (<i>caseta 20</i>).
4. Externarea	• La pacientul fără boli concomitente, pe fundalul tratamentului adecvat, în următoarele 24-72 de ore survine stabilizarea clinică [21]. • În unele cazuri CF pot avea o evoluție progresivă [2, 21]. • Externarea pacientului se recomandă după dispariția convulsiilor și a febrei, a manifestărilor neurologice; normalizarea TA, FCC, FR [21].	• Criteriile de externare (<i>caseta 32</i>).
5. Externarea, nivelul primar de tratament (perioada de convalescență) și de supraveghere		Extrasul din foia de observație va conține obligativ: • Diagnosticul exact detaliat. • Rezultatele investigațiilor efectuate. • Recomandările explicite pentru pacient. • Recomandările pentru medicul de familie.



Algoritmul de conduită și de diagnosticare a pacientului cu CF, etapa prespitalicească



Algoritmul de conduită și de diagnosticare a pacientului cu CF, etapa spitalicească



DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

Clasificarea CF și a statusului epileptic

Caseta 1. Clasificarea clinico-evolutivă

- Convulsiile febrile simple (benigne) sunt primar generalizate, cu o durată medie mai mult de 5 minute, nu se mai repetă pe parcursul aceluiași puseu febril sau în afebrilitate, fără anomalii neurologice postcritice sau afectarea stării mentale.
- Convulsiile febrile complexe sunt focale sau unilaterale, durata medie – peste 5 minute, se pot repeta în serie pe parcursul a 24 de ore sau pe fundal de febră, pot trece în *status epilepticus*, cu anomalii neurologice postcritice, semne de iritație meningeală sau cu afectarea stării mentale.

Conduita pacientului cu CF

Caseta 2. Clasificarea internațională a statusului epileptic

1. *Status epilepticus* convulsiv (generalizat)
tonico-clonic (*grand mal*)
tonic, clonic
mioclonic
atonic
2. *Status epilepticus* nonconvulsiv*
 - 2.1. Status absență (*stupor spike* și de undă, *status epilepticus* cu *spike*-uri și cu unde „3 pe secundă”, *status epilepticus minor*)
3. *Status epilepticus* parțial
simplu (focal motor, *epilepsia partialis continua*)
disfazic
complex (*status epilepticus* repetat, stupor epileptic prelungit, *status epilepticus* de lob temporal, *status epilepticus* psihomotor)

4. Neonatal

* Hipsaritmia este considerată de mulți autori o formă de *status epilepticus* nonconvulsiv.

Caseta 3. Obiectivele metodelor de diagnosticare în CF

- Identificarea unei afecțiuni neurologice sau metabolice în cazul CF complexe inițiale.
- Identificarea etiologiei CF.
- Estimarea factorilor de risc pentru evoluția nefavorabilă a CF.

Caseta 4. Tehnici de diagnosticare în CF

- Anamneză.
- Examenul clinic complet, inclusiv examenul neurologic.
- Investigațiile de laborator și paraclinice.
- EEG, NSG transfontanelară, CT/RMN.
- Oftalmoscopia.
- Puncția lombară.

Caseta 5. Pași obligatorii în conduita pacientului cu CF

- Determinarea gradului de afectare a copilului:
 - ✓ stare de conștiență;
 - ✓ manifestări de impregnare infecțioasă (febră, grețuri, vomă, anorexie, astenie etc.);
 - ✓ manifestări convulsive (crize generalizate (tonice, tonico-clonice, clonice, atonice), crize focale sau unilaterale);
 - ✓ manifestări neurologice de focar;
 - ✓ manifestări cardiovasculare (TA, FCC);
 - ✓ manifestări neurovegetative (respiratorii, aritmii, cianoză; vasomotorii (accese de paloare));
 - ✓ complicații (traumatism prin cădere sau prin rănire de obiectele înconjurătoare, aspirația de lichid în căile aeriene, reacții adverse ale medicamentelor utilizate, *status epilepticus*, edem cerebral acut, decorticație, decerebrare, epilepsie, paralizie cerebrală, deces).
- Investigarea obligatorie versus criteriile de spitalizare, inclusiv în SATI, bolile concomitente.
- Alcătuirea schemei de tratament.

Anamneza

Caseta 6. Recomandări în culegerea anamnezei

- Debutul bolii cu febră (acut sau insidios, când anume).
- Semnele bolii cu febră la care s-a asociat criza convulsivă (congestie nazală, rinoree, otalgie, cefalee, dureri în gât, polipnee, dureri abdominale, vomă, diaree (scaune mucopurulente, cu striuri de sânge)).
- Debutul crizei convulsive.
- Durata crizei convulsive.
- Descrierea crizei convulsive (tip, localizare).
- Asocierea (sau nu) cu pierderea de conștiență.
- Prezența/absența fenomenului de urinare spontană.
- Mușcarea limbii.
- Durata perioadei postcritice.
- Deficitul motor tranzitor sau permanent (paralizia Todd) în perioada postcritică.
- Manifestările neurologice postcritice (copilul este mai „moale”, nereceptiv la joacă).
- Repetarea crizei convulsive în aceeași zi.
- Evidențierea factorilor de risc pentru recurența crizei convulsive:
 - ✓ vîrstă mică de debut;
 - ✓ un istoric de CF la rudele de gradul I;
 - ✓ durată scurtă a febrei înainte de prima criză convulsivă;
 - ✓ febră relativ joasă în momentul crizei convulsive inițiale;
 - ✓ un posibil istoric familial de convulsii afebrile;
- Bolile cronice în antecedente.
- Infecțiile recurente în antecedente.
- Crizele convulsive anterioare.
- Antecedentele de suferință pre- intra- și postnatală (hipoxie, traumatism obstetrical etc.).

Caseta 7. Factori de risc cu care se poate asocia debutul unei CF inițiale

- Rude de gradele I sau II, cu un istoric de CF sau afebrile.
- Condiții precare de îngrijire.
- Retard neonatal > 28 de zile.
- Retard în dezvoltare.
- Febră foarte înaltă.
- Infecții virale (influenza A, herpes virus uman-6, metapneumovirus).
- Anemie feriprivă.
- Concentrație serică scăzută de Na.
- Dificultăți de respirație.
- Asfixie neonatală.
- Circulare de cordon ombilical.
- Vaccinare: difteria-tetanus-pertussis (DTP), rujeolă, rubeolă, varicela.

Examenul fizic

Caseta 8. Regulile examenului fizic în CF

- Examen fizic complet.
- Examen neurologic:
 - ✓ semne de focar;
 - ✓ semne meningiene (redoare occipitală, semn Kernig, semn Brudzinski, semn Lessaj);
 - ✓ starea conștienței.

Notă: Tabloul clinic al CF este foarte variat în funcție de etiologie, vîrstă, boli concomitente, reactivitatea organismului-gazdă.

Particularitățile clinice pot fi generalizate în următoarele momente-cheie:

- ✓ Manifestările clinice clasice ale CF (debutul acut, cu febră certă, criză convulsivă generalizată, absența altor semne de afectare a sistem nervos etc.) nu sunt specifice pentru toate cazurile; uneori pot lipsi.
- ✓ Recurențele convulsive sunt mai frecvente atunci cînd prima criză convulsivă apare precoce (înainte de 1 an – 50%; după 1 an – 28%).
- ✓ Un diagnostic etiologic cert de CF nu este posibil doar în baza datelor clinice și de laborator.
- ✓ Cele mai frecvente infecții asociate cu CF sunt: infecția tractului respirator superior (în special, virozele acute), otita medie, pneumonia, gastroenterita, infecția tractului urinar, *exantema subitum* (Human Herpes Virus 6).

Investigațiile paraclinice

Caseta 9. Investigații paraclinice

Investigații obligatorii:

- Analiza generală a sîngelui.
- Analiza generală a urinei.
- Analiza biochimică a sîngelui: ureea.
- Glicemia *a jeune*.

Investigații recomandabile:

- Puncția lombară și examinarea LCR.

Indicații relative:

- ✓ copiii sub 18 luni, starea gravă inexplicabilă.

Indicații absolute:

- ✓ semne meningiene (redoare occipitală, semn Kernig, semn Brudzinski, semn Lessaj) și simptome de meningită (peteșii cutanate, somnolență, slăbiciune etc., fontanela – tensionată și bombată, dehiscenta suturilor craniene).
- ✓ CF complexe (focale, cu durată > 15 min, multiple în 24 de ore), rezistente.
- ✓ *status epilepticus*.

Contraindicații relative:

- ✓ simptome de șoc septic;
- ✓ diagnostic clinic de meningită invazivă cu erupții hemoragice;
- ✓ TIC ridicată cu edem – tumefierea creierului;
- ✓ simptome neurologice de focar în fosa posterioară a creierului.
- Ionograma sîngelui: calciu, magneziu.
- Amoniemia.
- Hemocultura.
- Coprocultura (în cazul prezenței unei diarei mucopurulente sau sangvinolente).
- Screening toxicologic (în special, la suspjecția intoxicației cu Pb sau cu unele medicamente (antidepresive triciclice, Clorpromazină, Atropină, Acid acetilsalicilic, Valproat – administrate în doze mari).
- EEG.
- NSG transfontanelară, CT/RMN în caz de: schimbări la examenul neurologic, persistență a CF în pofida tratamentului profilactic, CF complexe, CF simple recidivante (> 2).
- Oftalmoscopia.
- Examenul ecografic al organelor interne (la pacienții cu boli concomitente).
- Consultațiile specialiștilor din alte domenii (pediatru, genetician, oftalmolog, neurochirurg, infecționist, nefrolog, endocrinolog etc.).

Notă: Investigațiile paraclinice sunt necesare, în special, în cazul convulsiilor febrile complexe inițiale, pentru precizarea unei afecțiuni neurologice sau metabolice.

Puncția lombară și examinarea LCR

- ✓ se va efectua conform indicațiilor;
- ✓ confirmă CF complexe determinate de afecțiuni neurologice (meningita bacteriană, meningoencefalita virală);
- ✓ un rezultat negativ nu exclude întotdeauna o meningită la debut, de aceea se recomandă repetarea examinării;
- ✓ permite evaluarea în dinamică a procesului patologic, rezoluția sau progresia;
- ✓ confirmă unele complicații: *status epilepticus*, edem cerebral acut;
- ✓ ameliorează starea copilului (dispar convulsiile, scade febra) prin scăderea TIC.

Hemocultura are o valoare diagnostică limitată.

Examenul EEG

- ✓ Este recomandată în toate cazurile CF primare.
- ✓ Este necesară în caz de CF complexe, anomalii neurologice anterioare.
- ✓ Poate fi efectuată la câteva zile sau săptămâni după criza convulsivă în secția Epileptologie și diagnostic neurofuncțional a ICȘOSM și C.
- ✓ Anomaliile lente, focale indică o afecțiune focală, acută (encefalită, infarct cerebral, tumoare cerebrală, stare postictus).
- ✓ Anomaliile lente, generalizate indică un proces difuz (encefalită, edem cerebral, anomalie cerebrală persistentă, stare postictus).
- ✓ Vîrfurile localizate indică o localizare probabilă a activității convulsivante.
- ✓ Descărcările vîrf-undă se consideră epileptogene.
- ✓ Anomaliile paroxistice sunt mai specifice copiilor cu CF complexe.

Tomografia computerizată și/sau RMN sunt necesare la pacienții cu aspecte patologice depistate la examenul neurologic, persistența anomaliilor neurologice de focar, convulsiilor parțiale continue sau anomalii lente, focale depistate pe EEG. Nu sunt necesare în cazul CF simple.

Diagnosticul diferențial

Caseta 10. Diagnosticul diferențial al CF:

- Frisonul febril.
- Debutul unei epilepsii cronice asociată cu febră.
- Crizele simptomatice în cadrul unor afecțiuni neurologice acute (meningitele purulente, encefalitele virale, tumorile, abcesele cerebrale etc.).

Caseta 11. Condiții în care febra poate fi prezentă ca simptom

- Maladiile infecțioase:
 - ✓ virale;
 - ✓ bacteriene;
 - ✓ boala Lyme, malaria, sifilisul, tularemia.
- Reacția la un vaccin.
- Colagenozele (boala Kawasaki, purpura Schonlein-Henoch, artrita reumatoidă juvenilă, febra reumatică acută).
- Maladiile maligne:
 - ✓ limfom Hodgkin sau non-Hodgkin;
 - ✓ maladii limfoproliferative;
 - ✓ carcinom renal și hepatocelular;
 - ✓ leucemia.

- Maladiile reumatice:
 - ✓ arterită temporală/arterită cu celule gigante;
 - ✓ boala Still;
 - ✓ *lupus eritematos* sistemic;
 - ✓ sarcoidoza;
 - ✓ artrită reumatoidă.
- Maladiile intestinale cu sindrom inflamator.
- Indusă de medicamente (administrarea unui medicament nou sau a unui produs biologic, des asociată cu rash cutanat, eozinofilie).
- Maladiile endocrine (tireotxicoza, feocromocitom).
- Embolia pulmonară (febră ușoară, semne ale unei maladii tromboembolice).
- Osteomielita.
- Abcesul ocult.
- Abcesul intraabdominal.
- Maladiile genetice (febră familială mediteraneană).

Caseta 12. Condiții în care convulsiile pot fi prezente ca simptom

- Epilepsia și sindroamele epileptice primare.
- Convulsiile secundare (epilepsiile simptomatice):
 - ✓ disgenезii cerebrale (tulburări de migrare neuronală, heterotopii, lissencefalie);
 - ✓ infecții congenitale (complexul TORCH – toxoplasmoză, rubeolă, citomegalovirus, *herpes simplex virus*, sifilis).
 - ✓ anomaliiile metabolice (tulburări electrolitice (hiponatriemia, hipernatriemia, hipomagneziemia, hipocalciemia), hipoglicemia);
 - ✓ deficiența de piridoxină;
 - ✓ maladiile metabolice (aminoacidopatii, acidemii organice, defecte ale ciclului ureei, maladii mitocondriale, maladii peroxisomale, maladii de depozitare a glicogenului, maladii ale metabolismului glucidic, sialidoze);
 - ✓ maladiile degenerative (maladia Alpers, sindromul Rett, maladia Unterricht-Lundborg, maladia Lafora, lipofuscinoza ceroidă neonatală);
 - ✓ maladiile genetice (sindromul Angelman, sindromul Aicardi, sindromul Smith-Lemli-Opitz);
 - ✓ efectul unor medicamente, intoxicații sau suspendarea unor medicamente (frecvent, sedative)
 - ✓ traumatismul craniocerebral;
 - ✓ leziunile structurale cerebrale (tumori, hematom subdural, abces);
 - ✓ maladiile cerebrovasculare (ischemie cerebrală, hemoragie intracerebrală, hemoragie subarahnoidiană);
 - ✓ encefalopatia hipoxi-ischemică;
 - ✓ neuroinfecțiile (meningită, encefalită);
 - ✓ encefalita Rasmussen, encefalita Hashimoto;
 - ✓ hipoxia.
- Convulsii nonepileptice (nu sunt asociate cu o activitate cerebrală patologică, frecvente în sincope, lipotimii, reflux gastroesofagian, aritmii, migrenă, vertij paroxismal benign, parasomnii, afecțiuni psihice (pseudoconvulsii) etc.).

Caseta 13. Maladii în care CF pot fi prezente ca simptom

- Sindrom Gitelman – defect ereditar rar al tubilor contorți distali renali.
- Neuropatia ereditară senzorială și autonomă de n. III (HSAN III sau disautonomie familială) – maladie genetică a sistemului nervos vegetativ, moștenită autozom recesiv; se datorează mutației genei IKBKAP de pe cromozomul 9q31.
- Sindromul de retard mental, keratokonus, bloc sinoatrial.

Criteriile de spitalizare

Caseta 14. Criteriile de spitalizare planică a pacienților cu CF

- Vârsta copiilor < 2 ani.
- Imposibilitatea vizitei precoce a medicului la domiciliu.
- Necesitatea de a exclude sau de a confirma o patologie cerebrală, în special o neuroinfecție.
- Necesitatea de a investiga și de a trata cauza febrei.
- CF complexă cu durată > 15 min, cu manifestări focale, repetată în timpul aceluiași episod de boală sau cu recuperare incompletă după 1 oră.
- CF complexe asociate cu anomalii neurologice postcritice, semne meningiene și afectarea stării de conștiență.
- CF complexe asociate cu anomalii neurologice postcritice, semne meningiene (redoare occipitală, semn Kernig, semn Brudzinski, semn Lessaj), afectarea stării de conștiență, *status epilepticus*, edem cerebral acut, semne de hipertensiune intracraniană.
- Prezența a cel puțin a unuia dintre criteriile de spitalizare în SATI.
- Condiții inadecvate de îngrijire a copilului la domiciliu.

Notă: Dorința familiei unui pacient, care suportă convulsii febrile simple cu un grad de afectare ușoară, de a se trata în condiții de staționar, de asemenea, pledează pentru spitalizarea bolnavului.

Caseta 15. Criteriile de spitalizare în SATI a pacienților cu CF

- Afectare a stării de conștiență.
- Hiperpirexie (temperatura corporală > 38,5°C).
- Tahipnee (FR > 30/minut).
- Necesitate a ventilației asistate.
- Hipotensiune: TAs < 90 mmHg și/sau TAd < 60 mmHg sau prăbușirea TA cu peste 40 mmHg fără o altă cauză cunoscută.
- Tahicardie excesivă: FCC > 125/minut sau neadecvată febrei.
- Semne de TIC ridicată (edem papilar, bombarea fontanelei).
- Semne meningiene (redoare occipitală, semn Kernig, semn Brudzinski, semn Lessaj).
- CF complexe, recurente, cu un grad sever de afectare.
- *Status epilepticus*.
- Edem cerebral acut.
- Anxietatea părinților sau tutorelor copilului.

Tratamentul

Odată stabilit, diagnosticul de CF indică necesitatea scoaterii pacientului din criză și inițierii medicației antipiretice, în caz de febră $> 38,0^{\circ}\text{C}$, și a medicației anticonvulsivante.

Caseta 16. Recomandări în evitarea complicațiilor în timpul crizei convulsive febrile

- Copilul va fi plasat așa mod încât să se evite traumatismul fizic.
- Asigurarea libertății căilor aeriene prin poziționare în decubit lateral.
- Capul va fi înclinat lateral, pentru evitarea obstrucției căilor aeriene superioare cu secreții.
- Tratarea rapidă a CF complexe, prelungite pentru prevenirea sechelelor neurologice.

Tratamentul stărilor de urgență în CF, etapa prespitalicească

Caseta 17. Pașii obligatorii în acordarea asistenței de urgență prespitalicească în CF

(Algoritmul C.1.1)

1. Determinarea gradului de urgență.
2. Asistența de urgență prespitalicească.
3. Aprecierea gradului de transportabilitate a pacientului.
4. Transportarea pacientului la spital.

Caseta 18. Tratamentul CF, la etapa prespitalicească

- Metode nemedicamentease de scădere a febrei:
 - ✓ descoperirea parțială a tegumentelor;
 - ✓ ștergerea tegumentelor cu burete înmuiat în apă caldă;
 - ✓ masajul ușor tegumentar (netezire) stimularea vasodilației.
- Antipiretice *per os* și/sau i.r.:
 - ✓ Paracetamol – 25 mg/kg, apoi 12,5 mg/kg fiecare 6 ore sau 60 mg/kg/24 de ore.
- Al doilea antipiretic se va prescrie numai în caz de eșec al monoterapiei corect prescrise:
 - i.v. (în caz de intoleranță digestivă, febră $> 38^{\circ}\text{C}$ sau antecedente convulsive):
 - ✓ sol. Metamizol 50% – 0,2 ml + sol. Difenhidramină 1% – 0,5 ml, i.m.
- Anticonvulsive – Diazepam (în tratamentul de urgență): i.m., i.v. (0,3 mg/kg, câte 1 mg/min) sau i.r. – 0,5 mg/kg (maxim 5 mg până la vârsta de 3 ani, maxim 10 mg la vârsta > 3 ani), apoi, Fenobarbital profilactic, *per os* 5-10 mg/kg/24 de ore pentru toată durata febrei.
- Tratament de susținere – Fenobarbital 5-10 mg/kg/24 de ore *per os*, timp de 10-12 zile de temperatură corporală normală.

Tratamentul CF, etapa spitalicească

Caseta 19. Tratamentul febrei > 38,0°C, etapa spitalicească	
1. Metode nemedicamentoase – fizice	Se va evita supraîncălzirea prin: ✓ descoperirea parțială a tegumentelor; ✓ ștergerea tegumentelor cu un burete înmuiat în apă caldă; ✓ fricțiunile tegumentare ușoare pentru stimularea vasodilatației.
2. Metode medicamentoase – antipiretice	✓ <i>per os</i> sau i.r.: ▪ Paracetamol – 25 mg/kg, apoi 12,5 mg/kg fiecare 6 ore <i>sau</i> 60 mg/kg/24 de ore, <i>sau</i> ▪ Metamizol – 10 mg/kg de 4 ori în 24 de ore. Al doilea antipiretic se va prescrie numai în caz de eșec al monoterapiei corect prescrise: ✓ i.v. (în caz de intoleranță digestivă, febră > 38°C sau antecedente convulsive): ▪ sol. Metamizol 50% – 0,1-0,2 ml/an + ▪ sol. Difenhidramină 1% – 0,1-0,2 ml/an, i.m.

Caseta 20. Criteriile de evaluare a eficacității tratamentului antifebril:

- Temperatura corpului < 38,0°C.
- Lipsa CF recurente.

Caseta 21. Tratamentul simptomatic nemedicamentos al pacientului cu CF

- Regimul la pat se va respecta pentru toată perioada febrilă. Se va încuraja schimbarea poziției corpului (întoarcerea de pe o parte pe alta).
- Consumarea fluidelor pentru corecția stării de deshidratare și menținerea unui debit urinar adecvat (peste 1-1,5 l/24 de ore).
- Regimul alimentar limitat în primele 1-2 zile (sucuri, compoturi, ceaiuri, fructe), apoi consum de alimente bogate în vitamine, ușor asimilabile, cu un potențial alergizant redus, cu limitarea condimentelor și a produselor iritante.

Caseta 22. Tratamentul anticonvulsivant al pacientului cu CF, etapa spitalicească

- Diazepam – i.m., i.v. (0,3 mg/kg, câte 1mg/minut) sau i.r. – 0,5 mg/kg (maxim 5 mg pînă la vîrsta de 3 ani, maxim 10 mg la vîrsta > de 3 ani).

Notă: Nu se permite depășirea dozei de 3 mg/kg – risc de stop respirator.

- Fenobarbital – 10-25 mg/kg/24 de ore i.v.
- După stoparea acceselor și recăpătarea conștienței, se administrează Fenobarbital – 5-10 mg/kg/24 de ore *per os* pînă la 1 lună.

Atenție! În caz de edem cerebral acut

1. Pat funcțional cu ridicarea capului la 30-40° (preîntîmpină staza venoasă).
2. Compresii reci pe cap.
3. Limitare a introducerii lichidului în organism cu 50-60% din necesar (dacă nu este exclusă hipotonia arterială).
4. Hiperventilație – PCO₂ 25 mmHg pînă la 36 de ore.
5. Dexametazonă – 0,5-1 mg/kg/24 ore, i.v.
6. Barbiturice: Tiopental de sodiu – 1 mg/kg/oră, i.v., Etaminal de sodiu – 1 mg/kg/oră, i.v., Fenobarbital – 10-20 mg/kg/24 ore, i.v. sau *per os*.
7. Lidocaină – 1,5 mg/kg/24 ore, i.v.
8. Tratament de deshidratare (în primele ore de edem): sol. Manitol 15% – 1 g/kg/24 ore în infuzie, Glicerol – 1 g/kg/24 ore, *per os*, Furosemid – 1-2 mg/kg/24 ore, *per os* sau i.v. .

Notă: Diureticele sunt periculoase și pot agrava starea pacientului în prezența unui edem intracelular (tumefierea creierului).

9. Oxigen umezit.

Caseta 23. Recomandări în administrarea i.r. a Diazepamului

- Diazepamul nediluat este administrat cu ajutorul unei seringi de mărime cît mai mică sau cu un cateter mic plasat pe seringă.
- Medicamentul va fi administrat prin introducerea cateterului la o adîncime de 4 cm lîngă mucoasa rectală. Fesele sunt ridicate, apoi strînse timp de 5 minute, în scopul evitării evacuării conținutului rectal.
- Diazepamul poate fi introdus repetat de 1-2 ori, cu un interval de 5-10 minute.

Caseta 24. Recomandări în prevenirea recurenței CF în cîteva ore

- Administrarea Diazepam, i.r. (5 mg/o singură priză – pînă la vîrsta de 3 ani, 10 mg/o singură priză – la vîrsta > 3 ani).
- Imediat după suprimarea accesului epileptic, se administrează Fenobarbital – 5-10 mg/kg/24 de ore, *per os* cu Glicerofosfat de calciu – 30-50 mg/kg/24 de ore.

Caseta 25. Tratamentul anticonvulsivant în cazul CF continue

- Fenobarbital – 10-25 mg/kg/24 de ore, i.v.
 - ✓ Doza de întreținere – 5-10 mg/kg/24 de ore.
- **În caz de dispariția, a convulsiilor, se va face un tratament per os.**
- **Dacă CF nu cedează, se va trece la măsurile indicate pentru status epilepticus.**

Caseta 26. Tratamentul de susținere după stoparea CF

- Fenobarbital – 5-10 mg/kg/24 ore, timp de 10-12 zile de temperatură corporală normală.
- Este un preparat cu o acțiune de lungă durată, are o acțiune antiedem cerebral.

Evoluția

Caseta 27. Aspecte evolutive ale CF tratate medicamentos

- La pacientul cu CF de scurtă durată, fără boli concomitente, pe fundalul tratamentului adecvat:
 - ✓ Vindecare completă după una sau după mai multe recurențe – în mod frecvent, majoritatea pacienților.
 - ✓ Evoluție nespecifică spre epilepsie – neobișnuită.
- La pacientul cu CF complexe mai puțin severe, de lungă durată, cu boli concomitente, pe fundalul tratamentului:
 - ✓ Scleroză temporală medială – dacă CF au apărut la sugar.
 - ✓ Evoluție spre epilepsie mioclonică parțială sau spre epilepsie polimorfă (care se poate remite) – rar.
 - ✓ Vindecare completă – rar.
- La pacientul cu CF complexe severe, de lungă durată, cu boli concomitente, pe fundalul tratamentului:
 - ✓ În CF complexe, unilaterale, foarte îndelungate, pot apare sechele: hemiplegie, retard psihomental – rar.
 - ✓ Deces – frecvent.

Caseta 28. Mortalitatea în CF

- Este mică, dacă nu se pierde niciun minut în tratamentul de urgență.
- Majoritatea pacienților reacționează satisfăcător la tratamentele antipiretic și anticonvulsivant.

Caseta 29. Dezvoltarea psihomentală în CF

- La majoritatea pacienților care s-au dezvoltat psihomental normal anterior episodului de CF, aceasta rămâne normală.
- Pentru CF simple nu sunt caracteristice tulburările în dezvoltările intelectuală și instructiv-educativă.
- Se pot înregistra disfuncții cerebrale minime.

Caseta 30. Factori de risc ai macroorganismului în evoluția trenantă a CF

- Vârsta mică de debut.
- Predispoziția genetică.
- Anomaliile neurologice anterioare.
- Bolile concomitente.
- Evoluția severă a bolii.
- Inoportunitatea și/sau ineficacitatea tratamentelor antipiretic și anticonvulsivant.

Caseta 31. Convulsiile afebrile secundare CF

- Apar în 5-7% din cazuri, cu o rată de 2-10 ori mai mare, comparativ cu populația generală.
- Tipuri frecvente: convulsii motorii generalizate (50%), epilepsie parțială secundară (în special, epilepsia de lob temporal), absențe, absențe mioclonice, epilepsia rolandică benignă, epilepsia mioclonică severă, sindromul Lennox-Gastaut, epilepsia mioclonică benignă, epilepsia mioclonică juvenilă.
- Cauze posibile: leziuni neurologice preexistente, predispoziție genetică, leziuni neurologice dobândite.

Caseta 32. Criteriile de externare

- Accesele convulsive nu se mai repetă.
- Temperatura corpului < 37,2°C.
- Lipsa sindromului de impregnare infecțioasă.
- Stabilitate hemodinamică (normotensiune, lipsa tahicardiei).
- Dinamica pozitivă a semnelor fizice și neurologice.
- Lipsa dinamicii negative la investigațiile de laborator, paraclinice și imagistice.

Supravegherea pacienților cu CF

Caseta 33. Supravegherea pacienților cu CF

- Pe parcursul spitalizării se va monitoriza zilnic temperatura corpului, FR, pulsul, TA, stare de conștiență și statusul neurologic.
- EEG se va efectua repetat 1 dată la 3 luni, până la dinamica vizibilă pe 3 EEG succesive.
- EEG se va repeta în caz de agravare a stării pacientului și/sau de suspecție a progresiei (CF complexe, complicații).
- Alte examinări de laborator, paraclinice și imagistice se vor efectua după necesitate.

Caseta 34. Periodicitatea de supraveghere a pacienților cu CF de către medicul de familie

- Pacienții cu CF, forme ușoare:
 - ✓ Cei tratați la domiciliu trebuie vizitați după 48 ore de la inițierea tratamentelor antipiretic și anticonvulsivant (contactul telefonic este recomandat a 2-a zi).
 - ✓ Se cer supravegheați 2-3 săptămâni după debutul bolii.
- Pacienții cu CF, gravitate medie:
 - ✓ Se cer examinați la 2-3 săptămâni după debutul bolii.
 - ✓ Se cer supravegheați timp de 1 an după debutul bolii.
- Pacienții cu CF, forme severe și foarte severe:
 - ✓ Se cer supravegheați 2-3 săptămâni după debutul bolii, după externare.
 - ✓ Se cer supravegheați timp de 1-3 ani după debutul bolii, după externare.

Notă: CF asociate cu boli concomitente necesită o supraveghere suplimentară în funcție de recomandările pentru supravegherea bolilor asociate.

Caseta 35. Recomandări în imunizarea pacienților cu CF

- Imunizările antidifterie, antitetanus, antipertussis și antipoliomielită se vor realiza în perioada de sănătate perfectă și e de dorit ca timp de 2-4 luni copilul să nu facă febră.
- Copiii < 4 luni, care au făcut CF, vor fi examinați de medicul de familie.
- Copiii, care au făcut CF înainte de imunizare, vor fi supuși acestei proceduri nu înainte ca părinții să fie instruiți versus managementul febrei și utilizarea Diazepamului i.r., sub acoperire de Fenobarbital – 5 mg/kg/24 de ore *per os* + Glicerofosfat de calciu – 50 mg/kg/24 de ore *per os*, în ajun de vaccinare și 10 zile după vaccinare.
- Imunizarea copiilor care au suportat CF (antirujeolă, antirubeolă și antivaricelă) se va efectua conform calendarului de imunizări, cu instruirea părinților versus managementul febrei și utilizarea Diazepamului i.r. sub acoperirea de Fenobarbital 5 mg/kg/24 de ore *per os* + Glicerofosfat de calciu 50 mg/kg/24 de ore *per os*, în ajun de vaccinare și 10 zile după vaccinare.

Profilaxia recurențelor

Recurențele pot fi asociate cu riscul unor leziuni cerebrale permanente și cu diminuarea coeficientului intelectual (IQ).

Caseta 36. Factori care pot prognostica apariția unei recurențe

- Vîrstă mică de debut (< 12 luni).
- Istoric de CF sau de epilepsie la rudele de gradul I.
- Interval scurt între debutul febrei și prima criză convulsivă.
- Febră relativ joasă în momentul crizei convulsive inițiale (< 40°C).
- Un posibil istoric familial de convulsii afebrile.

Sunt 3 metode de profilaxie: a) profilaxia intermitentă, administrată la primele semne de boală asociată cu febră; b) profilaxia continuă, care presupune administrarea zilnică a unui anticonvulsivant; c) fără profilaxie – administrarea imediată a unui anticonvulsivant la debutul crizei convulsive.

Profilaxia continuă sau intermitentă nu este recomandată în cazul CF simple.

Caseta 37. Profilaxia continuă

Indicații:

- Copii < 1 an.
- CF prelungite.
- Convulsii repetate în timpul aceluiași episod febril.
- Rude de gradul I cu un istoric de convulsii afebrile.
- Dezvoltare anormală anterioară CF.

Medicament	Dozaj	Concentrații terapeutice	Dezavantaje
Fenobarbital	• < 1 an – 4-11 mg/kg/24 de ore; • 1-6 ani – 3-7 mg/kg/24 de ore.	15 µg/ml	Diminuare ușoară a IQ la o utilizare de lungă durată.

Caseta 38. Profilaxia intermitentă

Medicament	Dozaj	Dezavantaje
Diazepam	• 0,3 mg/kg/24 ore, <i>per os</i>; • < 3 ani – 5 mg; • 3-6 ani – 7,5 mg, i.r., la un interval de 12 ore, în debutul febrei sau al convulsiilor.	▪ Complanță redusă. ▪ Febra poate fi ușoară pînă la apariția CF.
Fenobarbital	5-10 mg/kg/24 de ore în caz de febră, <i>per os</i> .	

Caseta 39. Fără profilaxie

Medicament	Dozaj	Dezavantaje
Diazepam	< 3 ani – 5 mg/într-o singură repriză, i.r. 3-6 ani – 7,5 mg/într-o singură repriză, i.r., în debutul convulsiilor	Disconfort familial în momentul în care survine o convulsie

Caseta 40. Managementul pentru termen îndelungat

- Minimizarea anxietății părinților.
- Profilaxia medicamentoasă este controversată.
- Antipireticele nu au fost demonstrate ca fiind eficiente în profilaxia recurențelor CF.
- Nu există date conform cărora tratamentul de profilaxie a recurențelor ar preveni dezvoltarea epilepsiei.

Caseta 41. Medicamentele contraindicate copiilor, care au făcut CF sau sunt supuși unui risc de dezvoltare a convulsiilor

- Camforul (toxic, în special pentru copiii mici).
- Alte terpene administrate în infecții respiratorii pot stimula convulsiile pentru un termen îndelungat sau atunci când sunt asociate cu alte medicamente convulsivante (simpatomimetice, derivați cu piperazinei, antihistaminice).
- Valproat, Acid acetilsalicilic, perfuzii – dacă nu sunt indicații vitale.

Complicațiile (subiectul protoalelor separate)

Caseta 42. Complicațiile CF

- Traumatism prin cădere sau prin rănire de obiectele înconjurătoare.
- Aspirație de lichid în căile aeriene.
- Reacții adverse ale medicamentelor utilizate.
- *Status epilepticus*.
- Edem cerebral acut.
- Decorticație, decerebrare.
- Epilepsie.
- Paralizie cerebrală.
- Deces.

Caseta 43. Factori de risc care pot contribui la dezvoltarea epilepsiei după CF

- Dezvoltare neurologică suspectă sau anormală înainte de prima criză convulsivă.
- Un istoric familial de convulsii afebrile.
- Debut cu CF complexe.
- CF simple recurente (> 3).

Caseta 44. Sechelele CF

- Hemiplegia.
- Diplegia.
- Coreoatetoză.
- Rigiditatea de decerebrare.
- Retardul psihoverbal.

Caseta 45. Puncte de recapitulare

- Pacienții cu CF simple, ușoare pot fi tratați cu succes la domiciliu (antipiretice, Fenobarbital și Ca).
- Pacienții care prezintă cel puțin un criteriu de spitalizare trebuie spitalizați.
- Pacienții care prezintă cel puțin 2 criterii de spitalizare în SATI trebuie spitalizați în serviciul de terapie intensivă.
- Diagnosticul de CF se stabilește în baza: anamnezei, examenului clinic, investigațiilor de laborator, paraclinice și imagistice.
- Pacientul cu CF trebuie să beneficieze, fără întârziere de tratament anticonvulsiv și de cel antipiretic.
- Investigațiile nu trebuie să fie o cauză de târăgănare tratamentului.
- Toți copiii din grupul de risc (encefalopatii perinatale hipoxiischemice, hipoxitraumatice, encefalopatiile toximetabolice, toxiinfecțioase, deateze exsudative, anemii, rahitism, paratrofie etc.) trebuie să administreze Fenobarbital 5 mg/kg/ 24 de ore *per os* + Glicerofosfat de calciu 50 mg/kg/ 24 de ore *per os* în febră.

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Serviciul de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească 903 (112)	Personal: • medic de urgență; • felcer/asistent medical. Aparataj, utilaj: • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf portabil; Medicamente: • antipiretice (Paracetamol, sol. Metamizol 50%, sol. Difenhidramină 1%); • anticonvulsivante (Diazepam, Fenobarbital).
D.2. Instituțiile de asistență medicală primară	Personal: • medic de familie; • asistenta medicului de familie; • laborant cu studii medii sau/și medic de laborator. Aparataj, utilaj: • tonometru; • fonendoscop; • laborator clinic standard pentru realizare de: analiză generală a sîngelui, analiză generală a urinei, determinarea de: uree, glicemie. Medicamente: • antipiretice (Paracetamol, sol. Metamizol 50%, sol. Difenhidramină 1%); • anticonvulsivante (Diazepam, Fenobarbital).
D.3. Instituțiile de asistență medicală specializată de ambulator	Personal: • neuropediatru; • neurochirurg; • pediatru; • oftalmolog; • infecționist; • funcționalist; • medic imagist; • medic de laborator; • laborant cu studii medii; • asistente medicale.

	Aparataj, utilaj: • tonometru; • fonendoscop; • cabinet de diagnosticare funcțională dotat cu electroencefalograf (ICȘOSM și C); • ultrasonograf; • tomograf computerizat, aparat RMN; • laborant cu studii medii; • medic de laborator; • laborator clinic standard pentru realizare de: analiză generală a sîngelui, analiză generală a urinei, electroliți, ionogramă, coprogramă; determinare de: indici biochimici (glicemie, uree serică), indici toxicologici, amoniemie, hemocultură.
	Medicamente: • antipiretice (Paracetamol, sol. Metamizol 50%, sol. Difenhidramină 1% etc.); • anticonvulsivante (Diazepam, Fenobarbital); • preparate de Ca; • preparate metabolice; • preparate desensibilizante; • glucocorticoizi (Dexametazonă etc.).
	Personal: • neuropediatru; • funcționarist; • medic imagist; • medici de laborator; • laboranți cu studii medii; • asistente medicale; • acces la consultații calificate: pediatru, genetician, neurochirurg, oftalmolog, infecționist, nefrolog, endocrinolog.
D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de pediatrie ale spitalelor raionale; secții de neuropediatric ale spitalelor municipale și republicane	Aparataj, utilaj: • este identic cu cel din secțiile consultativ-diagnostice raionale, municipale și republicane; • laboratoare microbiologic și imunologic.
	Medicamente: • antipiretice (Paracetamol, sol. Metamizol 50% etc.); • anticonvulsivante (Diazepam, Fenobarbital); • preparate de Ca; • oxigen; • medicamente pentru tratamentul complicațiilor; • medicamente pentru tratamentul maladiilor concomitente.

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Sporirea calității în examinările clinice și paraclinice ale pacienților cu CF	1.1. Proporția de pacienți, cu vîrsta de pînă la 18 ani, diagnosticați cu CF, cărora li s-a efectuat examenul clinic și cel paraclinic, obligatoriu complet (în condiții de ambulatoriu și de staționar), conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Convulsiile febrile la copil</i> pe parcursul ultimelor 12 luni	Numărul de pacienți, cu vîrsta de pînă la 18 ani, diagnosticați cu CF, cărora li s-a efectuat examenul clinic și cel paraclinic, obligatoriu complet (în condiții de ambulatoriu și de staționar), conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Convulsiile febrile la copil</i> , pe parcursul ultimelor 12 luni x 100	Numărul total de pacienți, cu vîrsta de pînă la 18 ani, care se află în supravegherea medicului de familie cu diagnosticul de CF, pe parcursul ultimelor 12 luni
2.	Sporirea calității tratamentului prescris pacienților cu CF	2.1. Proporția pacienților, cu vîrsta de pînă la 18 ani, diagnosticați cu CF, cărora li s-a acordat primul ajutor calificat la etapa prespitalicească de către AMU generală și specializată, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Convulsiile febrile la copil</i> , pe parcursul ultimelor 12 luni	Numărul de pacienți, cu vîrsta de pînă la 18 ani, diagnosticați cu CF, cărora li s-a acordat primul ajutor calificat la etapa prespitalicească de către AMU generală și specializată, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Convulsiile febrile la copil</i> , pe parcursul ultimelor 12 luni x 100	Numărul total de pacienți, cu vîrsta de pînă la 18 ani, care se află în supravegherea medicului de familie cu diagnosticul de CF, pe parcursul ultimelor 12 luni
		2.2. Proporția pacienților, cu vîrsta de pînă la 18 ani, diagnosticați cu CF, cărora li s-a acordat primul ajutor calificat la etapa prespitalicească de medicul de familie, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Convulsiile febrile la copil</i> , pe parcursul ultimelor 12 luni	Numărul de pacienți, cu vîrsta de pînă la 18 ani, diagnosticați cu CF, cărora li s-a acordat primul ajutor calificat la etapa prespitalicească de medicul de familie, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Convulsiile febrile la copil</i> , pe parcursul ultimelor 12 luni x 100	Numărul total de pacienți, cu vîrsta de pînă la 18 ani, care se află în supravegherea medicului de familie, cu diagnosticul de CF, pe parcursul ultimelor 12 luni

3.	Sporirea gradului de profilaxie a recurențelor la pacienții cu CF	3.1. Proporția pacienților, cu vîrsta de pînă la 18 ani, cu diagnosticul de CF, care au dezvoltat recurențe pe parcursul ultimelor 12 luni	Numărul de pacienți, cu vîrsta de pînă la 18 ani, cu diagnosticul de CF, care au dezvoltat recurențe, pe parcursul ultimelor 12 luni x 100	Numărul total de pacienți, cu vîrsta de pînă la 18 ani, care se află în supravegherea medicului de familie, cu diagnosticul de CF, pe parcursul ultimelor 12 luni
4.	Reducerea numărului de cazuri de invalidizare neuropsihică prin CF	4.1. Proporția pacienților, cu vîrsta de pînă la 18 ani, invalidizați neuropsihic prin CF, pe parcursul ultimelor 12 luni	Numărul de pacienți, cu vîrsta de pînă la 18 ani, invalidizați neuropsihic prin CF, pe parcursul ultimelor 12 luni	Numărul total de pacienți, cu vîrsta de pînă la 18 ani, aflați în supravegherea medicului de familie, cu diagnosticul de CF, pe parcursul ultimelor 12 luni
5.	Reducerea numărului de cazuri de deces prin CF	5.1. Proporția pacienților, cu vîrsta pînă la 18 ani, care au decedat prin CF pe parcursul ultimelor 12 luni	Numărul de pacienți, cu vîrsta pînă la 18 ani, care au decedat prin CF pe parcursul ultimelor 12 luni	Numărul total de pacienți, cu vîrsta pînă la 18 ani, aflați în supravegherea medicului de familie cu diagnoza de CF pe parcursul ultimelor 12 luni

ANEXE

Anexa 1. Formular de consultație la medicul de familie (convulsii febrile)

Pacientul (a) _____ băiat/fată. Anul nașterii _____

Nr.	Factorii evaluați	Data	Data	Data	Data
1.	Febra (da/nu, specificați)				
2.	Alte simptome și semne de impregnare infecțioasă (da/nu, specificați)				
3.	Tabloul crizei convulsive (specificați)				
4.	FR (specificați)				
5.	FCC (specificați)				
6.	Nivelul TA sistolice și TA diastolice (specificați)				
7.	Alte semne fizice patologice (da/nu, specificați)				
8.	Analiza generală a sîngelui				
9.	Analiza generală de urină				
10.	Glicemia <i>a jeun</i>				
11.	Ureea serică				
12.	Consultația neuropediatrului (concluzia)				

Anexa 2. Ghidul pacientului cu convulsii febrile

Convulsiile febrile la copil (ghid pentru pacienți)

Introducere

Acest ghid include informații despre asistența medicală și tratamentul persoanelor cu convulsii febrile (convulsii ocazionale, care pot apare la copii (de la 6 luni până la 5 ani), pe fundal de febră $> 38,0^{\circ}\text{C}$) în cadrul Serviciului de Sănătate din Republica Moldova. Și este destinat familiilor copiilor cu convulsii febrile, celor care doresc să afle cât mai multe despre această afecțiune.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de îngrijire și de tratament, disponibile în Serviciul de Sănătate. Ghidul nu oferă prezentarea în detaliu a maladiei, analizele și tratamentele necesare. Aceste aspecte le puteți discuta cu cadrele medicale, adică cu medicul de familie sau cu o asistentă medicală. Tot aici sunt incluse întrebări-model care, adresate medicului, vă vor ajuta în acumularea cunoștințelor necesare în administrarea unui tratament. Sunt prezentate, de asemenea, unele surse suplimentare de informații.

Indicațiile din ghidul pentru pacienți acoperă:

- ✓ modul în care medicii trebuie să stabilească dacă copilul are convulsii febrile;
- ✓ prescrierea medicamentelor pentru tratarea convulsiilor febrile;
- ✓ modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu convulsii febrile.

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiază copilul dvs. trebuie să țină cont de necesitățile și de preferințele personale. Aveți dreptul să fiți informat pe deplin și să luați decizii împreună cu cadrele medicale care vă tratează. În acest scop, cadrele medicale trebuie să vă ofere informații accesibile și relevante pentru starea copilului dvs., să vă trateze (pe dvs. și pe copilul dvs.) cu respect, sensibilitate și cu loialitate și să vă explice pe înțeles ce sunt convulsiile febrile, care este prevalența lor, prognosticul și tratamentul cel mai potrivit pentru copilul dvs.

Informația oferită de cadrele medicale trebuie să includă detalii despre avantajele și eventualele riscuri în administrarea tratamentelor.

În tratamentul și în asistența medicală de care beneficiază copilul dvs., precum și în oferirea informațiilor trebuie să țină cont și de alte aspecte: religie, etnie sau cultură precum și de alți factori suplimentari, cum sunt dizabilitățile fizice.

Convulsiile febrile

Convulsiile febrile sunt convulsii ocazionale (accidentale), ce survin la un copil (de la 3 luni până la 5 ani), pe fundalul unor pusee de febră $> 38,0^{\circ}\text{C}$, în absența oricăror semne de suferință cerebrală. Sunt 3 factori principali care pot cauza convulsiilor febrile: febra, vârsta fragedă și predispoziția genetică.

Diagnosticul de convulsii febrile se stabilește în baza manifestărilor bolii (febră, convulsii, pierdere a conștienței, tulburări neurovegetative (respiratorii, aritmii, cianoză), tulburări vasomotorii (accese de paloare), absența altor semne ce pledează pentru o suferință cerebrală, semne fizice pe care medicul le evidențiază în timpul examinării bolnavului) apărute recent și poate fi confirmat prin examen suplimentar paraclinic.

Factorii care pot predispuce la apariția CF sunt: febra $> 38,0^{\circ}\text{C}$ la o vîrstă mică, istoric de CF la rudele de gradul I, un posibil istoric familial de convulsii afebrile, antecedente neurologice, unele boli concomitente.

Instruire și echipament

Medicii de familie și asistentele medicale trebuie să fie instruiți în modul în care să examineze un pacient cu convulsii febrile.

Diagnosticarea convulsiilor febrile

Medicul de familie va stabili diagnosticul de convulsii febrile și va aprecia gradul de severitate a bolii în baza rezultatelor examenului clinic și a rezultatelor investigațiilor paraclinice pe care le va indica obligator tuturor pacienților.

Testele și analizele obligatorii

Analizele trebuie să includă o analiză de urină, analiza generală a sîngelui (dintr-o proba de sînge) glicemia și ureea serică.

Diagnosticul poate rămîne incert fără o confirmare electroencefalografică sau imagistică.

După obținerea rezultatelor testelor și analizelor medicul de familie trebuie să discute cu dvs. rezultatul analizelor și să vă comunice modalitățile de tratament.

Tratamentul medicamentos

Dacă la prima consultație copilului dvs. i s-a stabilit diagnosticul de CF, medicul evaluează gradul de afectare și criteriile de spitalizare. Odată stabilit, diagnosticul de CF indică inițierea imediată a tratamentelor antipiretic și anticonvulsivant.

Pacienții cu CF simple, forme ușoare, fără boli concomitente și antecedente neurologice, pot fi tratați cu succes la domiciliu cu antipiretice perorale și anticonvulsivante i.r. și *per os*.

Alegerea antipireticului și anticonvulsivantului este empirică, determinată de gradul de severitate a CF, de vîrsta pacientului și de bolile concomitente prezente la pacient, însă cele mai eficiente sunt Paracetamolul, Fenobarbitalul și Diazepamul.

Tratamentul nemedicamentos

Medicul de familie și asistenta medicală trebuie să discute cu dvs. alimentația și modul de viață al copilului dvs.

Întrebări-model despre medicamentele utilizate în CF

- ✓ Îmi puteți explica de ce ați ales să prescrieți acest tip de medicament copilului meu?
- ✓ Cum îi va ajuta medicamentul?
- ✓ Care sunt cele mai frecvente efecte secundare ale tratamentului? Există unele efecte la care ar trebui să atrag atenția?
- ✓ Ce trebuie să fac dacă la copil apar efectele secundare? (trebuie să sun medicul de familie, să merg la secția de urgență a unui spital?)
- ✓ Cît timp va dura tratamentul copilului meu?
- ✓ Există alte opțiuni de tratament?
- ✓ Ce se va întîmpla, dacă voi alege să nu dau medicamentul copilului meu?
- ✓ Există vreo broșură despre tratamentul pe care pot să-l administrez?

Întrebări-model despre evidența tratamentului

- ✓ Există diferite tratamente pe care l-aș putea administra copilului meu?
- ✓ Este necesar să schimb doza tratamentului curent?
- ✓ Când trebuie să mă programez pentru următoarea vizită?

Continuarea sau întreruperea tratamentului

Scopul tratamentului este tratarea CF. De regulă, tratamentul de susținere mai continuă încă 7-10 zile cu Fenobarbital și Ca glicerofosfat.

Administrarea medicamentului poate fi întreruptă doar de medicul dvs.

Medicul vă poate recomanda repetarea testelor de laborator, a examenelor paraclinice și imagistice, pentru a verifica tratamentul CF.

BIBLIOGRAFIE

1. Abstracts of 26th International Epilepsy Congress, 30th August 2005, Paris, France/Safeguarding developmental and psychosocial outcomes of childhood epilepsy through evidence-based management. Novartis Educational Symposium.
2. Appleton R., Gibbs J. *Epilepsy in Childhood and Adolescence, third edition*. – London and New-York: Martin Dunitz, Taylor&Francis Group, 2004.
3. Bancaud J., Roger J. and Bureau M. *Epileptic Syndromes in Infancy, Childhood and Adolescence*. – London: John Libbey, 1992, p. 374-379.
4. Behrman R.E., Kliegman R.M. (eds). *Nelson textbook of paediatrics*, 15th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1996, p. 1691.
5. Berkovic S.F., Scheffer I.E. *Febrile seizures: genetics and relationship to other epilepsy syndromes*. // [Review] [53 refs] *Current Opinion in Neurology*. V. 11(2), Apr., 1998, p. 129-34.
6. Bureau M., Dravet C., Genton P., Roger J., Weber M. *Les epilepsies de l'enfant*. // - Marseille: Documentation medicale Labaz, 1993.
7. Camfield P., Camfield C., Gordon K., Dooley J. *What types of epilepsy are preceded by febrile seizures. A population-based study of children*. // *Developmental Medicine & Child Neurology*. V. 36, 1994, nr. 10, p. 887-92.
8. Clark D.A., Kidd I.M., Collingham K.E. *Diagnosis of primary human herpesvirus 6 and 7 infections in febrile infants by polymerase chain reaction*. // *Arch Dis Child* 1997; 77: 42-45.
9. Commission on Classification and Terminology of The International League Against Epilepsy. *Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes*. // *Epilepsia*. V. 30, 1989, p. 389-399.
10. Galland M.C., Griguer Y., Morange S., Jean-Pastor M., Rodor F., Jouglard J. *Febrile convulsion: Should some drugs be contraindicated?* // *Therapy* 1992; 47: 409-414.
11. Groppa St., Coropceanu D. *Sindroamele epileptice*. Chișinău, 2005, 42 p.
12. Hauser W.A. *The prevalence and incidence of convulsive disorders in children*. // *Epilepsia*. V. 35, 1994, Suppl. 2, p. 1-6.
13. Hirtz D.G. *Generalized tonic-clonic and febrile seizure*. // *Pediatric Clinic of North America* 1989; 36: 365-382.
14. Ilciuc I., Bârca A., Hadjiu S., A. Rotaru, Olaru T., G. Barari. *Sindroamele epileptice si epilepsia la copii*. Recomandare metodică, 1998.
15. Ilciuc I., Bârcă A. ș.a. *Epilepsia și sindroamele epileptice la copii*. Chișinău, 2000, 100 p.
16. Ilciuc I.. *Manual de neuropediatrică*. Chișinău, 2002, 560 p.
17. *Idem*. Chișinău, 2007, 568 p.
18. Kumar P. Clark M (eds). *Clinical Medicine*. 3rd ed. London: Bailliere Tindall; 1994, p. 913.
19. Maher J., Mclachlan R.S. *Febrile convulsions. Is seizure duration the most important predictor of temporal lobe epilepsy*. // *Brain* 1995; 118 (Pt 6): 1521-1528.
20. Nelson K.B., Ellenberg J.H. *Febrile seizures*. - New York: Raven Press, 1981.
21. Popescu V. *Neurologie pediatrică*. Vol. 1, 2. - București: Teora, 2001.

22. Popescu V., Arion C. *Convulsiile hiperpiretice. Tratament.* // Muncitorul sanitar. V 50, 1980, p. 1.
23. Saleh F. Al-Ajlouni, Imad H. Kodah. *Febrile convulsions in children.* // Saudi Medical Journal 2000; Vol. 21 (7): 617-621.
24. Scheffer I.E., Berkovic S.F. *Generalized epilepsy with febrile seizure plus. A genetic disorder with heterogeneous clinical phenotypes.* // Brain 1997; 120 (Pt 3): 479-490.
25. Shimazak S., Kuremoto K., Oyama S. *Efficacy of rectal diazepam suppository in the prophylaxis of febrile seizures: Comparison with chloral hydrate suppository.* // No To Hottatsu 1997; 29: 278-284.
26. Verity CM, Butler NR, Golding J. *Febrile convulsion in a national cohort followed up from birth. 1. Prevalence and recurrence in the first five years of life.* Br Med J 1985; 290: 1307-1310.

