

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПЕДИАТРИИ

ГБУЗ АО «ДГП № 5»

ГИПЕРТЕРМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- Лихорадка — защитно-приспособительная реакция организма, возникающая в ответ на воздействие патогенных раздражителей и характеризующаяся перестройкой процессов терморегуляции, приводящей к повышению температуры тела, стимулирующей естественную реактивность организма.
- В зависимости от степени повышения температуры тела у ребенка выделяют:
 - субфебрильную температуру - $37,2-38,0^{\circ}\text{C}$;
 - фебрильную - $38,1-39,0^{\circ}\text{C}$;
 - гипертермическую - $39,1^{\circ}\text{C}$ и выше.



НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ЛИХОРАДКИ:

- Инфекционно-токсические состояния
- Тяжелые метаболические расстройства
- Перегревание
- Аллергические реакции
- Посттрансфузионные состояния
- Применение миорелаксантов у предрасположенных детей
- Эндокринные расстройства

ГРУППА РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛИХОРАДОЧНЫХ РЕАКЦИЯХ

- Первых трех месяцев жизни;
- С фебрильными судорогами в анамнезе;
- С патологией ЦНС;
- С хроническими заболеваниями сердца и легких;
- С наследственными метаболическими заболеваниями.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ «КРАСНОЙ» ГИПЕРТЕРМИИ

1. Ребенка раскрыть, максимально обнажить; обеспечить доступ свежего воздуха, не допуская сквозняков.
2. Назначить обильное питье (на 0,5-1 л больше возрастной нормы жидкости в сутки).
3. Использовать физические методы охлаждения:
 - обдувание вентилятором;
 - прохладная мокрая повязка на лоб;
 - холод (лед) на область крупных сосудов;
 - можно усилить теплоотдачу водочноуксусными обтираниями: водку, 9% (!) столовый уксус, воду смешивают в равных объемах (1:1:1). Обтирают влажным тампоном, дают ребенку обсохнуть; повторяют 2-3 раза.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ «КРАСНОЙ» ГИПЕРТЕРМИИ

4. Назначить внутрь (или ректально):

- парацетамол (ацетаминофен, панadol, калпол, тайлинол, эффералган упса и др.) в разовой дозе 10-15 мг/кг внутрь или в свечах ректально 15-20 мг/кг или
- ибупрофен в разовой дозе 5-10 мг/кг (для детей старше 1 года)*.

5. Если в течение 30-45 мин температура тела не снижается, ввести антипиретическую смесь внутримышечно:

- 50% раствор анальгина детям до года - в дозе 0,01 мл/кг, старше 1 года — 0,1 мл/год жизни;
- 2,5% раствор пипольфена (дипразина) детям до года - в дозе 0,01 мл/кг, старше 1 года - 0,1-0,15 мл/год жизни.
- Допустима комбинация лекарственных средств в одном шприце.

6. При отсутствии эффекта через 30-60 мин можно повторить введение антипиретической смеси.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ «БЕЛОЙ» ГИПЕРТЕРМИИ

Одновременно с жаропонижающими средствами дать сосудорасширяющие препараты внутрь или внутримышечно:

- папаверин или но-шпа в дозе 1 мг/кг внутрь;
- 2% раствор папаверина детям до 1 года — 0,1-0,2 мл, старше 1 года — 0,1-0,2 мл/год жизни или раствор но-шпы в дозе 0,1 мл/год жизни;
- можно также использовать 0,25% раствор дроперидола

НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

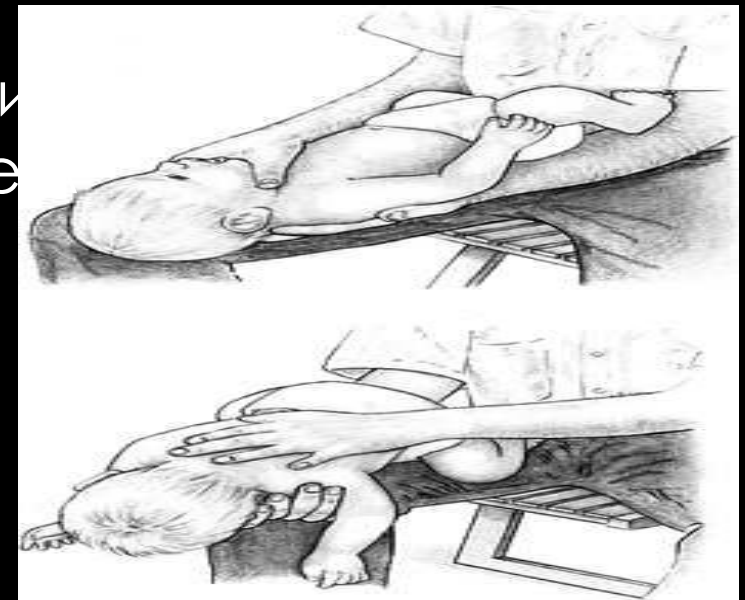
- Придать сидячее или полусидячее положение, успокоить ребенка.
- 2. Поднять руку ребенка, противоположную от стороны кровотечения, вверх.
- 3. Прижать крылья носа к носовой перегородке на 10-15 мин, холод на переносицу.
- 4. Ввести в носовые ходы турунды, смоченные 3% раствором перекиси водорода или 0,1% раствором адреналина (возможно использование гемостатической губки).
- 5. При отсутствии эффекта - проведение передней тампонады носа.



ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Клинические проявления стеноза верхних дыхательных путей (не выше I-II степени):

- Ребенок испуган, беспокоен.
- Приступообразный неэффективный кашель.
- Характерен бронхоспазм, экспираторная одышка.
- Вследствие частичной закупорки при аускультации — сухие свистящие односторонние хрипы с явлениями эмфиземы
- При полной закупорке бронха характерно развитие ателектаза, при аускультации — ослабление или отсутствие дыхания на определенном участке.



ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ.

- Приступ бронхиальной астмы (БА) — остро развившееся и /или прогрессивно ухудшающееся экспираторное удушье, затрудненное и /или свистящее дыхание, спастический кашель или сочетание этих симптомов при резком снижении показателя пиковой скорости выдоха.
- Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» (1997) и методические пособия МЗ и Союза педиатров России «Неотложная терапия бронхиальной астмы у детей» (1999).
- Астматический статус - затяжной приступ бронхиальной астмы, не купирующийся введением бронхоспазмолитиков, в основе которого лежит рефрактерность 2-адренорецепторов бронхиального дерева.



ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

- удаление причинно-значимых аллергенов или триггерных факторов;
- уточнение ранее проводимого лечения: количество доз бронхоспазмолитического препарата, путь введения; время, прошедшее с момента последнего приема бронхолитика; применялись ли кортикостероиды и в каких дозах;
- оказание неотложной помощи в зависимости от тяжести приступа (в процессе терапии и наблюдения тяжесть может быть пересмотрена);

Неотложная помощь при легком приступе БА

1. Назначить 1-2 дозы одного из бронхолитических препаратов с помощью дозирующего аэрозольного ингалятора через спейсер или приспособление в виде пластикового стаканчика с отверстием в дне для ингалятора или через небулайзер:

2. Оценить эффект терапии через 20 мин.

3. Лечение после ликвидации приступа:

продолжить бронхоспазмолитическую терапию стартового бронхолитика каждые 4-6 часов в течение 24-48 час в ингаляциях, возможно перорально, или метилксантины короткого (эуфиллин) или длительного (теопэк, теотард и др.) действия внутрь;

назначить или продолжить прием базисных противовоспалительных препаратов.

- Неотложная помощь при среднетяжелом приступе БА

1. Назначить ингаляцию 1-2 дозы одного из бронхоспазмолитических препаратов (см. неотложную помощь при легком приступе БА). Предпочтителен комбинированный бронхоспазмолитик (β 2-агонист и М-холинолитик) - беродуал;

2. При отсутствии дозирующего аэрозольного ингалятора или небулайзера возможно введение 2,4% раствора эуфиллина в дозе 4-5 мг/кг (0,15-0,2 мл/кг) на изотоническом растворе натрия хлорида в/в струйно медленно в течение 10-15 мин.

- Эуфиллин в/м, ингаляционно и в свечах не применяется!

- 3. Оценить эффект терапии через 20 мин.

- 4. Лечение после ликвидации приступа:

- продолжить бронхоспазмолитическую терапию стартовым бронхолитиком каждые 4 часа бодрствования 1-2 дня в форме дозирующего аэрозоля или через небулайзер, затем перевод на пролонгированные бронхолитики (β 2-агонисты, метилксантины);

- продолжить базисную противовоспалительную терапию (недокромил натрия, кромогликат натрия, ингакорт, будесонид, беклометазон) с увеличением дозы препарата в 1,5-2 раза на 7-10 дней или использовать комбинированные препараты с противовоспалительным и бронхоспазмолитическим действием (дitek).

• Неотложная помощь при тяжелом приступе БА

1. Срочная госпитализация.
2. Оксигенотерапия через маску или носовой катетер.
3. Проведение ингаляционной терапии:
 - бронхоспазмолитики через небулайзер.

Показания для госпитализации при приступе бронхиальной астмы у детей:

- тяжелый приступ;
- неэффективность бронхолитической терапии в течение 1-2 часов после начала терапии;
- длительный (более 1-2 недель) период обострения бронхиальной астмы;
- невозможность оказания неотложной помощи в домашних условиях;
- неблагоприятные бытовые условия;
- территориальная отдаленность от лечебного учреждения;
- наличие критериев риска неблагоприятного исхода приступа.

РАЗОВЫЕ ДОЗЫ БРОНХОЛИТИКОВ ДЛЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ.

Название препаратов и их преимущества		Возраст детей	
		0-6 лет	6-14 лет
Беротек	Стимулирует β -адренорецепторы бронхиального дерева и показан при неэффективности беродуала	5-10 капель*	10-20 капель
Атровент	M-холиноблокатор, блокирует M-холинорецепторы бронхов, применяется преимущественно у детей раннего возраста и при признаках ваготонии	10 капель	20 капель
Беродуал	Комбинированный препарат: беротек+атровент. Препарат выбора детей раннего возраста, так как основными механизмами развития гиперреактивности бронхов в этом возрасте являются высокая активность M-холинорецепторов и недостаточность β -адренорецепторов	10 капель	20 капель

БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Синдром бронхообструкции является одной из форм обструктивной острой дыхательной недостаточности, обусловленной низкой обструкцией бронхиального дерева за счет бронхоспазма, отека слизистой и гиперсекреции.

Основные клинические формы бронхообструктивного синдрома у детей:

- Инфекционный обструктивный бронхит.
- Бронхиолит.
- Бронхообструктивный синдром вследствие инородного тела бронхов.
- Бронхиальная астма.



ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Клиническая картина	I Степень ДН	II Степень ДН	III Степень ДН
Сознание	Сохранено, иногда возбуждение	Возбуждение	Угнетение, сопор
Физическая активность	Сохранена	Ограничена	Резко снижена, вынужденное положение
Частота дыхания	Нормальное или учащенное, до 30% от нормы	Выраженная экспираторная одышка, 40-50% от нормы	Резко выраженная одышка смешанного характера, более 50% от нормы или брадипное
Участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры	Нерезко выражено	Выражено	Резко выражено
Кожные покровы	Бледные, при физической нагрузке цианоз носогубного треугольника, параорбитальный	Бледные, цианоз носогубного треугольника, параорбитальный	Серые, мраморные, диффузный цианоз
Частота пульса	Норма или увеличена	Увеличена	Резко увеличена или

ОСТРЫЙ СТЕНОЗИРУЮЩИЙ ЛАРИНГОТРАХЕИТ (ЛОЖНЫЙ КРУП). НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Острый стенозирующий ларинготрахеит (ложный круп) — воспаление слизистой оболочки гортани и трахеи с явлениями стеноза за счет отека в подсвязочном пространстве и рефлекторного спазма мышц гортани.
- Основные причины
 1. Острые респираторно-вирусные заболевания (парагрипп, грипп, аденовирусная инфекция, риносинцициальная инфекция и др.).
 2. Бактериальные инфекции (стрептококковая, стафилококковая и др.).
 3. Аллергические реакции немедленного типа (отек Квинке, анафилактический шок).



НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- 1. Придать возвышенное положение в постели, обеспечить доступ свежего воздуха (по возможности увлажненного). Обильное теплое питье.
- 2. Отвлекающие процедуры: горчичники (при их переносимости) на икроножные мышцы, горячие ножные или ручные ванны, полуспиртовой согревающий компресс на область шеи и грудной клетки.
- 3. При I степени стеноза:
 - в носовые ходы закапать сосудосуживающие капли (0,05% раствор нафтизина или галазолина);
 - ультразвуковые ингаляции с 0,025% раствором нафтизина (1:10) 2-3 раза в день, чередуя их при отечной форме с ингаляциями с раствором лазолвана для ингаляций (1:10), при обтурационной форме - с гипертоническим раствором натрия хлорида

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

4. При нарастании явлений стеноза (I-II степень, II -III степень):

- оксигенотерапия;
- ультразвуковые ингаляции при I-II степени - 3 раза в день, при II -III степени - постоянно в паракислородной палатке: при отечной форме проводить ингаляции аэрозоля с кортикостероидами (гидрокортизон - 12,5-25 мг в ингалируемом составе); при обтурационной форме — ингаляции с гипертоническим раствором натрия хлорида, при отсутствии эффекта с химотрипсином;
- преднизолон в дозе 2-3 мг/кг в сут внутрь;
- при явно выраженном беспокойстве - 0,5% раствор седуксена 0,05 мл/кг (0,3 мг/кг) в/м.

5. При III-IV степени стеноза:

- оксигенотерапия в условиях паракислородной палатки;
 - преднизолон в дозе 5-7 мг/кг в/м или в/в;
 - вызов реанимационной бригады для проведения прямой ларингоскопии и интубации трахеи;
 - при отсутствии эффекта от вышеперечисленных мероприятий обеспечить ИВЛ.
- Госпитализация детей со стенозирующим ларинготрахеитом обязательна после оказания неотложной помощи: при I-II степени стеноза - в инфекционное отделение, при III-IV степени - в реанимационное отделение.

КРАПИВНИЦА У ДЕТЕЙ. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Крапивница — аллергическая реакция немедленного типа, характеризующаяся быстрым появлением уртикарных высыпаний на коже и реже на слизистых оболочках.
- Неотложная помощь
 1. Немедленно прекратить поступление аллергена.
 2. Назначить антигистаминные препараты внутрь (кларитин, зиртек, телфаст) или в/м
 3. При распространенной или гигантской крапивнице с отеком Квинке раствор преднизолона 1-2 мг/кг в/м или в/в.
 4. Провести энтеросорбцию активированным углем в дозе 1 г/кг в сут.
- Госпитализация в соматическое отделение показана при отсутствии эффекта от проводимой терапии. Также подлежат госпитализации больные, которым на догоспитальном этапе в связи с тяжестью состояния вводился преднизолон.



ЭПИЛЕПСИЯ У ДЕТЕЙ. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Эпилепсия — хроническое прогрессирующее заболевание, проявляющееся повторными пароксизмальными расстройствами сознания и судорогами, а также нарастающими эмоционально- психическими изменениями.

Неотложная помощь

- Уложить больного на плоскую поверхность (на пол) и подложить под голову подушку или валик; голову повернуть набок и обеспечить доступ свежего воздуха.
- Восстановить проходимость дыхательных путей: очистить ротовую полость и глотку от слизи, вставить роторасширитель или шпатель, обернутый мягкой тканью, чтобы предотвратить прикусывание языка, губ и повреждение зубов.
- Если судороги продолжаются более 3-5 мин, ввести 0,5% раствор седуксена (реланиума) в дозе 0,05 мл/кг (0,3 мг/кг) в/м или в мышцы дна полости рта.
- При возобновлении судорог и эпилептическом статусе обеспечить доступ к вене и ввести 0,5% раствор седуксена в дозе 0,05 мл/кг (0,3 мг/кг).
- Ввести 25% раствор сульфата магния из расчета 1,0 мл/год жизни, а детям до года - 0,2 мл/кг в/м или 1% раствор лазикса 0,1-0,2 мл/кг (1-2 мг/кг) в/в или в/м.
- При отсутствии эффекта ввести 20% раствор оксибутирата натрия (ГОМК) 0,5 мл/кг (100 мг/кг) на 10% растворе глюкозы в/в медленно (!) во избежание остановки дыхания.
- Госпитализация после оказания неотложной помощи в стационар, имеющий неврологическое отделение, при эпилептическом статусе - в реанимационное отделение. В дальнейшем необходим подбор или коррекция базисной терапии эпилепсии.

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК У ДЕТЕЙ. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Анафилактический шок - остро развивающийся, угрожающий жизни патологический процесс, обусловленный аллергической реакцией немедленного типа при введении в организм аллергена, характеризующийся тяжелыми нарушениями кровообращения, дыхания, деятельности ЦНС.

Ведущие клинические синдромы:

- острая дыхательная недостаточность
- острая сосудистая недостаточность



НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

1. Уложить больного в положение с приподнятым ножным концом, повернуть его голову набок, выдвинуть нижнюю челюсть для предупреждения западения языка, асфиксии и предотвращения аспирации рвотными массами. Обеспечить поступление свежего воздуха или ингалировать кислород.

2. Необходимо прекратить дальнейшее поступление аллергена в организм:

- а) при парентеральном введении аллергена:
 - обколоть «крестообразно» место инъекции (ужаления) 0,1% раствором адреналина 0,1 мл/год жизни в 5,0 мл изотонического раствора натрия хлорида и приложить к нему лед;
 - наложить жгут (если позволяет локализация) проксимальнее места введения аллергена на 30 мин, не сдавливая артерии;
 - если аллергическая реакция вызвана введением пенициллина, ввести 1 млн ЕД пенициллиназы в 2,0 мл изотонического раствора натрия хлорида в/м;
- б) при закапывании аллергенного медикамента носовые ходы и конъюнктивальный мешок необходимо промыть проточной водой;
- в) при пероральном приеме аллергена промыть больному желудок, если позволяет его состояние.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

3. Немедленно ввести внутримышечно:

- 0,1% раствор адреналина в дозе 0,05-0,1 мл/год жизни (не более 1,0 мл) и
- 3% раствор преднизолона в дозе 5 мг/кг в мышцы дна полости рта;
- антигистаминные препараты: 1% раствор димедрола 0,05 мл/кг (не более 0,5 мл - детям до года и 1,0 мл - старше года) или 2% раствор супрастина 0,1-0,15 мл/год жизни.
- Применение пипольфена противопоказано в связи с его выраженным гипотензивным эффектом!
- Обязателен контроль за состоянием пульса, дыхания и АД!

4. После завершения первоначальных мероприятий обеспечить доступ к вене и ввести внутривенно струйно 0,1% раствор адреналина в дозе 0,05-0,1 мл/год жизни в 10,0 мл изотонического раствора натрия хлорида.

5. Ввести внутривенно глюкокортикостероиды:

- 3% раствор преднизолона 2-4 мг/кг (в 1 мл - 30 мг) или
- гидрокортизон 4-8 мг/кг (в 1 мл суспензии - 25 мг) или
- 0,4% раствор дексаметазона 0,3-0,6 мг/кг (в 1 мл - 4 мг).

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

6. Начать проведение в/в инфузионной терапии 0,9% раствором натрия хлорида или раствором Рингера из расчета 20 мл/кг в течение 20-30 мин.

- В дальнейшем при отсутствии стабилизации гемодинамики повторно вводится коллоидный раствор (реополиглюкин или поли-глюкин) в дозе 10 мл/кг. Объем и скорость инфузионной терапии определяется величиной АД, ЦВД и состоянием больного.

7. Если АД остается низким, вводить α -адреномиметики внутривенно через каждые 10-15 мин до улучшения состояния:

- 0,1% раствор адреналина 0,05-0,1 мл/год жизни (суммарная доза до 5 мг) или
- 0,2% раствор норадреналина 0,1 мл/год жизни (не более 1,0 мл) или
- 1% раствор мезатона 0,1 мл/год жизни (не более 1,0 мл).

8. При отсутствии эффекта в/в титрованное введение допамина в дозе 8-10 мкг/кг в мин под контролем АД и ЧСС.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

9. При бронхоспазме и других расстройствах дыхания:

- проводить оксигенотерапию;
- ввести 2,4% раствор эуфиллина 0,5-1,0 мл/год жизни (не более 10,0 мл) в/в струйно на 20 мл изотонического раствора натрия хлорида;
- удалять накопившийся секрет из трахеи и ротовой полости;
- при появлении стридорозного дыхания и отсутствии эффекта от комплексной терапии необходима немедленная интубация, а в некоторых случаях по жизненным показаниям — коникотомия.

10. При необходимости - проведение комплекса сердечно-легочной реанимации.

- Госпитализация в реанимационное отделение после проведения комплекса неотложных лечебных мероприятий.

ПРОФИЛАКТИКА АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА

- Точно собранный аллергоанамнез личный и семейный.
- У больных с аллергическим анамнезом на сигнальном листе истории болезни ставят штамп «аллергия» и перечисляют лекарственные препараты, вызывающие аллергию.
- После инъекций антибиотиков необходимо наблюдать больного в течение 10-20 мин.
- Медперсонал процедурных, хирургических кабинетов, медпунктов должен быть специально подготовлен для оказания неотложной медицинской помощи при лекарственном анафилактическом шоке и лечении подобных состояний.

ПОВЫШЕНИЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ (ГИПЕРТЕНЗИВНО-ГИДРОЦЕФАЛЬНЫЙ СИНДРОМ)

Повышение внутричерепного давления возникает при гипертензионно-гидроцефальном синдроме, при котором происходит расширение ликворных пространств.

Наиболее значимы в этиологическом плане:

- неблагоприятное течение беременности и родов;
- гипоксически-ишемическое повреждение мозга;
- внутричерепные кровоизлияния;
- внутриутробные инфекции;
- мальформации головного мозга.



КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

Характерные клинические проявления:

- увеличение размеров головы, преимущественно лобно-затылочной области, с преобладанием мозгового черепа над лицевым;
- расхождение швов, увеличение размеров, выбухание и напряжение родничков;
- резонирующий звук при перкуссии черепа, звук «треснувшего горшка»;
- усиление рисунка кожных вен головы;
- пронзительный «мозговой крик»;
- «глазная» симптоматика в форме положительного симптома Грефе (появление полосы склеры над радужкой), «заходящего солнца» (при опускании глазных яблок книзу появляется полоска склеры над радужкой), экзофтальм, нистагм, косоглазие;
- эмоционально-двигательное беспокойство, вздрагивание, тремор, мышечная дистония, повышение сухожильных рефлексов;
- вегетативная дисфункция, нарушение терморегуляции;
- срыгивания «фонтаном», рвота;
- появление отека или «застойных дисков зрительных нервов» при исследовании глазного дна, в ряде случаев с явлением вторичной атрофии и снижением зрения;
- увеличение размеров желудочков мозга (вентрикуломегалия) или расширение субарахноидальных пространств (наружная гидроцефалия) при исследовании методом нейросонографии, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии мозга;
- повышение ликворного давления при исследовании методом люмбальной пункции;
- увеличение размеров III желудочка (более 5 мм), боковых желудочков, дополнительные сигналы и увеличение амплитуды пульсаций при исследовании методом ЭХО-энцефалографии.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- 1. Приподнять голову под углом 30°.
- 2. Дегидратационная терапия с применением:
 - 1% раствор лазикса в/м в дозе 0,1 мл/кг в сутки;
 - глицерин 0,5-1 г/кг внутрь с фруктовым соком;
 - 25% раствор магния сульфата в/м в дозе 0,2 мл/кг;
 - диакарб внутрь в дозе 40-60 мг/кг в сутки в 2-3 приема.
- Дегидратирующие препараты обязательно сочетают с препаратами калия (3% калия хлорид, панангин, аспаркам). Легкий дегидратирующий эффект дают микстура магнезии с цитралью по 1 чайной ложке 3 раза в день или эуфиллин по 0,003-0,005 г 1-2 раза в сутки.
- Госпитализация при декомпенсации в неврологическое отделение.

ФЕБРИЛЬНЫЕ СУДОРОГИ У ДЕТЕЙ. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Фебрильные судороги — судороги, возникающие при повышении температуры тела выше 38°C во время инфекционного заболевания (острые респираторные заболевания, грипп, отит, пневмония и др.).

Характерные признаки фебрильных судорог:

- обычно судороги наблюдаются на высоте температуры и прекращаются вместе с ее падением, продолжаются недолго - от - нескольких секунд до нескольких минут;
- характерны генерализованные тонико-клонические припадки, сопровождающиеся утратой сознания, реже развиваются односторонние и парциальные, отсутствуют очаговые неврологические нарушения;
- противосудорожные препараты требуются редко, хороший эффект оказывают антипиретики.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

1. Уложить больного, голову повернуть набок, обеспечить доступ свежего воздуха; восстановить дыхание: очистить ротовую полость и глотку от слизи.

2. Проводить одновременно противосудорожную и антипиретическую терапию:

- ввести 0,5% раствор седуксена в дозе 0,05 мл/кг (0,3 мг/кг) в/м или в мышцы полости рта;
- при отсутствии эффекта через 15-20 мин введение седуксена повторить;
- при возобновлении судорог назначить 20% раствор оксибутирата натрия (ГОМК) в дозе 0,25-0,5 мл/кг (50-100 мг/кг) в/м или в/в медленно на 10% растворе глюкозы;
- жаропонижающая терапия (см. раздел «Лихорадка»).
- Госпитализация ребенка с фебрильными судорогами, развившимися на фоне инфекционного заболевания, в инфекционное отделение.

После приступа фебрильных судорог ребенку назначают фенobarбитал 1-2 мг/кг в сутки внутрь длительностью на 1-3 месяца.

