



Ю.В. Марушко, д.м.н., професор, завідувач кафедри педіатрії № 3, Г.Г. Шеф, к.м.н., доцент кафедри педіатрії № 3, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

## Тактика гії при судомах у дітей

Продовження. Початок на стор. 31.

Таблиця 2. Диференційна діагностика епілептичного та істеричного судомних нападів

Критерії	Захворювання	
	Епілепсія	Істерія
Початок	Спонтанний	Психогенно зумовлений
Характер падіння	Будь-який, часте травмування	М'який, без травмування
Ціаноз обличчя	Наявний	Відсутній
Прикус язика	Зазвичай	Дуже рідко
Мімічні реакції та рухи	Одноманітні	Експресивно виражені
Нетримання сечі	Буває часто	Не характерне
Реакція зіниць на світло	Відсутня	Зберігається
Послідовність фаз (тонічної, клонічної)	Характерна	Відсутня
Стереотипність розвитку нападу	Характерна	Відсутня
Вербальний контакт під час нападу	Неможливий	Частіше збережений
Тривалість нападу	До 2-3 хв	Необмежена
Олігофазія після нападу	Наявна	Відсутня
Амнезія періоду нападу	Повна	Відсутня, але може симулюватися

• для попередження западання язика у хворого висунути вперед нижню щелепу і, зафіксувавши її, очистити верхні дихальні шляхи;

• киснева підтримка 100% зволоженим підігрітим киснем, за необхідності – штучна вентиляція легень;

• забезпечити надійний венозний доступ (краще катетеризацію центральних вен);

• ввести протисудомні препарати.

Препаратами першого ряду в лікуванні судом у дітей є бензодіазепіни. Діазепам вводиться в/в (рідше в/м) у вигляді 0,5% розчину в разовій дозі 0,2-0,35-0,5-(0,7) мг/кг маси тіла (одна ампула діазепаму містить 10 мг у 2 мл). Швидкість введення 1-5 мг за 1 хв. Частота та тривалість введення діазепаму передбачають можливість повторного (2-3 рази) введення препарату через 5-15-20 хв у разі повторного виникнення судом. У дітей віком менше 5 років дозволено застосування сумарної дози 5 мг, у старших – 10 мг. У пацієнтів дитячого віку за наявності частих, серійних епілептичних нападів діазепам можна вводити ректально: якщо маса тіла <15 кг – 5 мг, >15 кг – 10-(20) мг. До можливих ускладнень лікування бензодіазепінами відносяться аритмія та зупинка дихання, ларингоспазм, артеріальна гіпотензія, аритмія та зупинка серця. Трапляються й інші відносні недоліки терапії бензодіазепінами: короткочасність дії, седативний ефект, м'язова релаксація, толерантність.

За неефективності протисудомної дії діазепаму використовують гідантоїни водорозчинні (фенітоїн, фенгідан) у разовій дозі 10-15-(20) мг/кг. Швидкість введення 1-3 мг/кг за 1 хв, сумарна доза ≤30 мг/кг; оксидбутират натрію (ГОМК) – 20% розчин у разовій дозі 50-100-150 мг/кг в/в повільно.

Якщо терапія гідантоїнами є неефективною, використовують фенобарбітал водорозчинний у дозі 5-10-(15) мг/кг. Разову дозу можна вводити кожні 20-30 хв до сумарної дози 30-40 мг/кг;

Можливе введення інших бензодіазепінів (клоназепаму в дозі 0,05-1 мг/кг, лоразепаму в дозі 0,1 мг/кг повільно в/в).

У разі неефективності попередніх препаратів, а також якщо судом тривають понад 30 хв, необхідно призначити загальний наркоз із використанням апарату штучного дихання. Препаратами вибору є барбітурати короткої дії (тіопентал натрію). В умовах реанімаційного відділення (палати інтенсивної терапії) тіопентал натрію одночасно вводиться в/в та в/м у сумарній дозі 8-10 мг/кг (≤15-20 мг/кг). Для в/в введення використовується 0,25-0,5-1% розчин препарату, а для в/м введення – 2-5% розчин (розчини більшої концентрації можуть викликати асептичний некроз). Критеріями ефективності призначеного лікування є зникнення судом та епілептичної активності при моніторингу біоелектричної активності головного мозку.

Рідше застосовують інгаляційний наркоз із сумішшю закису азоту й кисню у співвідношенні 2:1 чи галогановий наркоз.

• У разі резистентних судом у новонароджених – лідокаїн в/в у дозі 2 мг/кг за 1 год із подальшим введенням у дозі 6 мг/кг за 1 год та тривалістю терапії 1-3 дні.

• За наявності гіпоглікемії – 20% розчин глюкози в дозі 2 мл/кг в/в за 1 год повільно

з подальшим введенням в/в краплинно 10% розчину глюкози в дозі 2,4-4,8 мл/кг за 1 год до ліквідації проявів гіпоглікемії.

• За наявності гіпокальціємії – 10% розчин глюконату кальцію в дозі 0,5-1-2 мл/кг на добу за 2-3 прийоми в/в повільно з наступним введенням препарату ентерально або парентерально за необхідністю.

• У дітей із проявами гіпомангемії – 25% розчин магнію сульфату в дозі 0,2-0,4 мл/кг в/м кожні 8-12 год у 1-шу добу і 1 раз на добу у подальшому.

• Придоксин залежні судомні потреби потребують введення в/м або в/в 50-100 мг вітаміну В<sub>6</sub>.

• У випадках, якщо судомні супроводжуються різкими порушеннями дихання, кровообігу, водно-електролітного обміну, ефективність проведення протисудомної терапії в значній мірі визначається можливістю ліквідації цих проявів (за допомогою оксигенотерапії, корекції гемодинамічних порушень, обмінних процесів тощо).

• Дегідратаційна терапія при судомах не є обов'язковою. Вибір тактики інфузійної терапії залежить від причини, що призвела до судом, і має забезпечити адекватну мозкову перфузію. За наявності набряку головного мозку призначається дегідратаційна терапія:

– фуросемід у вигляді 1% розчину в дозі 1-2 мг/кг в/в;

– осмотичні діуретики: сорбітол у дозі 1 г/кг, манітол у дозі 1-2 г/кг у вигляді 15-20% розчину в/в швидко краплинно (50-60 крапель/хв);

– ацетазоламід перорально в дозі 50-80 мг/кг/добу;

– альбумін у вигляді 10-15% розчину, плазма в дозі 5-10 мл/кг/добу в/в краплинно;

– за необхідності теофілін у вигляді 2% розчину по 3-5 мг/кг в/в краплинно.

• Після припинення нападу судом доцільно вирішити разом із неврологом питання щодо планового призначення антиконвульсантів.

Останні не показані лише при одноразових фебрильних судомах чи на тлі початку нейроінфекції та при метаболічних судомах (гіпоглікемії, спазмофілії). За наявності епілепсії в педіатричній практиці найчастіше застосовують такі протіепілептичні препарати:

– вальпроати (20-30 мг/кг/добу);

– іміностилбени: карбамазепін (10-20 мг/кг/добу);

– сукциніміди: етосуксимід 15-20 мг/кг/добу);

– бензодіазепіни: клоназепам (0,03-0,1 мг/кг/добу);

– барбітурати: фенобарбітал, бензобарбітал, гексетидин (2-4 мг/кг/добу);

– гідантоїни: фенітоїн (5-7 мг/кг/добу);

– топірамат (3-6-9 мг/кг/добу), ламотриджин (1-5-10 мг/кг/добу), габапентин (5-10-30 мг/кг/добу).

Таким чином, будь-які судомні є загрозливим станом, який може спричинити ушкодження мозку дитини або навіть летальний кінець у разі судомного статусу, тому невідкладна допомога повинна починатися якомога раніше, тривати під час транспортування пацієнта до лікарні. Госпіталізація дитини із судомним синдромом найчастіше здійснюється до відділення інтенсивної терапії.

**Передилама з будь-якого місяця!  
У кожному відділенні «України»!  
За передплатними індексами:**

Здоров'я України®  
«МЕДИЧНА ГАЗЕТА  
«ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – XXI СТОРІЧЧЯ»

**35272**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«ПЕДІАТРІЯ»

**37638**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, РЕПРОДУКТОЛОГІЯ»

**89326**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ,  
ГЕПАТОЛОГІЯ, КОЛОПРОКТОЛОГІЯ»

**37635**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ»

**37639**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ, РИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»

**37631**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«ДІАБЕТОЛОГІЯ, ТИРЕОІДОЛОГІЯ, МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ»

**37632**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ХІМІОТЕРАПІЯ»

**37634**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ»

**37633**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«ХІРУРГІЯ, ОРТОПЕДІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ»

**49561**

НАШ САЙТ:

**www.health-ua.com**

Архів номерів  
«Медичної газети  
«Здоров'я України»  
з 2003 року

У середньому  
понад 8000  
відвідувань  
на день