

Пацієнт із лихоманкою в амбулаторній практиці



Проблема лихоманки в амбулаторній практиці терапевта чи сімейного лікаря є надзвичайно поширеною та складною, особливо в напруженій епідеміологічній ситуації зимово-весняного періоду. N. Kajiwaga і співавт. (2017), проаналізувавши амбулаторні консультації 765 пацієнтів, серед найчастіших причин звернення називають біль у животі, кашель і лихоманку: останню було зафіксовано в 11,1% учасників дослідження. За даними літератури, у відділеннях інтенсивної терапії лихоманка діагностується приблизно в 70% хворих (Circiumaru B. et al., 1999).

Слід відзначити, що в дитячого контингенту саме лихоманка є найпоширенішим приводом для звернення за медичною допомогою (Charpon A. et al., 2016). Високі показники частоти цього стану обумовлюють важливість його вчасного розпізнавання та повноцінного лікування, як етіологічного, так і симптоматичного.

Розвиток лихоманки та її цінність як симптому

Лихоманка є філогенетично давньою реакцією макроорганізму на проникнення мікроорганізмів, а також на інші несприятливі чинники. За потреби поїклотермні істоти (риби, плазуни, амфібії) досягають фебрильних температур за допомогою пошуку відповідного довкілля, а ендотермічні, в тому числі люди, – шляхом ендогенної теплопродукції за рахунок пришвидшення метаболізму. Хоча лихоманка як захисна реакція збереглась у процесі еволюції, більшість лікарів, медичних сестер і пацієнтів прихильно ставляться до застосування антипіретиків (Schaffner A., 2006).

У певний момент життя практично всі люди переносять фізіологічні чи патологічні стани, що супроводжуються лихоманкою. Це можуть бути кількагодинне підвищення температури тіла внаслідок активної імунної відповіді чи тривалі гіпертермічні процеси з надмірним виснаженням. Крім інфекційних захворювань, тригерами розвитку лихоманки можуть бути й інші чинники (запалення, ендокринні розлади, неврологічні хвороби, зловживання психоактивними речовинами, травматичні ураження мозку, прийом певних медикаментів). Утім, усі ці фактори запускають однотипний ланцюг складних патофізіологічних відповідей від центрального терморегуляторного центру в гіпоталамусі до периферійних нервів, що опосередковують вазодилатацію та активацію потових залоз (Dalal S., Zhukovsky D.S., 2006).

Для медичних працівників лихоманка є важливим сигналом, що свідчить про необхідність втручання з проведенням відповідних діагностичних тестів і лікувальних заходів (O'Grady N.P. et al., 2008; Henker R., Carlson K.K., 2007). У деяких популяціях, наприклад в осіб з нейтропенією, аномально висока температура є підставою для негайного втручання, що має на меті запобігти смерті (Meisenberg V. et al., 2015; Thursky K.A., Worth L.J., 2015). Особливої уваги при гіпертермії потребують також хворі з ушкодженням мозку, синдромом Бругада, пацієнти із сепсисом на штучній вентиляції легень, вагітні (насамперед, на пізніх термінах гестації), діти перших трьох місяців життя (Martin D.D., 2016).

Незважаючи на високу розповсюдженість лихоманки, наукових досліджень з точним визначенням її характерних ознак і симптомів досить мало, що ускладнює своєчасне розпізнавання цього стану, а отже, сповільнює призначення лікування. Також проблемним аспектом є відсутність стандартизації показників температури тіла, що свідчать про лихоманку, та застосування різноманітних приладів і методів для її вимірювання (Ames N.J. et al., 2017).

Не слід нехтувати лихоманкою як симптомом чи спрощувати це поняття до простого підвищення температури

тіла. D. Ogoina (2011) порівнює лихоманку – комплексну фебрильну відповідь організму – з оркестром, яким дирижує центральна нервова система шляхом ендокринних, неврологічних, імунологічних і поведінкових впливів. Лихоманка є реакцією організму на різноманітні фактори інфекційного чи неінфекційного походження, і хоча підвищення температури тіла є важливим складником цієї реакції, не слід їх ототожнювати. Складність фебрильної відповіді можна пояснити участю в її реалізації багатьох систем організму, змінами метаболізму та фізіологічних характеристик людського тіла, запуском імунних процесів (Ogoina D., 2011).

Вплив лихоманки на загальний стан пацієнта

Поза сумнівом, лихоманка є важливою та цікавою клінічною ознакою, яка заслуговує на більш точне визначення та створення потужної доказової бази стосовно ознак і симптомів цього стану.

Нещодавнє дослідження N.J. Ames і співавт. (2017) було присвячене оцінці лихоманки за допомогою шкали FAST (The Fever Assessment Tool), розробленої як простий стандартизований засіб для виявлення асоційованих із цим станом симптомів. Опитувальник включає 21 ознаку, що може бути наявна чи відсутня в пацієнта. Переваги оновленого опитувальника FAST – простота термінології, що полегшує його застосування хворими. Так, замість суто фахового поняття «дегідратація» застосовується зрозуміле пацієнтам визначення «спрага» (Ames N.J. et al., 2013).

Автори встановили, що профіль симптомів лихоманки найчастіше включав сонливість, втому/виснаження, слабкість / брак енергії, спрагу, біль в усьому тілі, кашель, відчуття жару, головний біль, погіршення апетиту.

Більшість клініцистів характеризують симптоми лихоманки як озноб, відчуття холоду/жару чи тремтіння, прирівнюючи їх наявність до такої фебрильного стану. Однак проявами підвищення температури можуть бути також розлітлі болі в усьому тілі, сонливість, утруднення дихання. Крім того, значна частка пацієнтів може не відчувати жодних суб'єктивних змін, що ускладнює адекватну діагностику. Як засвідчують отримані в дослідженні результати, медичному персоналу необхідно більш уважно ставитися до симптомів лихоманки та застосовувати диференційований підхід до призначення антипіретиків (Ames N.J. et al., 2017).

Іншими негативними та небезпечними явищами, що супроводжують лихоманку, можуть бути ендотоксемія, синдром бактеріальної транслокації у кишечнику, ниркова та печінкова недостатність, зловживання аритмії, неврологічна та когнітивна дисфункція, коагулопатії (Walter E.J. et al., 2016).

Зрозуміло, що описані вище симптоми лихоманки та супутні ризики цього стану погіршують якість життя, перешкоджаючи усім його аспектам: професійному, соціальному, статево та психологічному. Таким чином, обгрунтованим є симптоматичне лікування фебрильних станів за допомогою сучасних жарознижувальних засобів.

Лихоманка: необхідна захисна реакція чи погіршення стану пацієнта?

Лихоманка досліджується з античних часів, однак у терапевтичних підходах досі зберігається деяка невизначеність з огляду на те, що цей стан є складною фізіологічною відповіддю на інфекційний чи інший чинник, за якої підвищення температури – лише одна зі складових патологічного процесу (Blumenthal I., 1997; Mackowiak P.A., 2005).

Наразі вважають, що роль лихоманки в одужанні від інфекційних процесів низького ризику в кращому разі мінімальна. Показано, що в пацієнтів із грипоподібними захворюваннями нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) знижують вираженість лихоманки, тим самим покращуючи стан пацієнта без негативного впливу на перебіг чи наслідки хвороби, а також без значимих побічних ефектів. Протилежні результати, отримані в низці експериментів на тваринах, можна пояснити тим, що на відміну від учасників клінічних досліджень лабораторні тварини не отримували антибактеріального лікування. Загалом, за умов інфекційних процесів низького ризику слід розглянути можливість застосування симптоматичної антипіретичної терапії; натомість у випадку більш тяжких інфекцій треба індивідуально оцінити співвідношення користі та ризику (Schaffner A., 2006).

Є досить багато доказів того, що при легких захворюваннях, як-от застуда чи грип, роль лихоманки в одужанні мінімальна, а лікування цього стану антипіретиками не погіршує результатів терапії. Зокрема, D.J. Niven і співавт. (2013) виконали систематичний огляд баз даних MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Google Scholar, Кокранівської співпраці та ще двох реєстрів контрольованих досліджень за період від заснування бази до квітня 2012 р. Автори визначали вплив контролю лихоманки за допомогою жарознижувальних препаратів на смертність у тяжких хворих (дорослих, які проходили лікування у відділеннях інтенсивної терапії). До фінального аналізу було включено 5 рандомізованих клінічних досліджень за участю 399 пацієнтів. Науковці встановили, що контроль лихоманки істотно не впливав на смертність у відділеннях інтенсивної терапії: узагальнене співвідношення ризиків при застосуванні антипіретика становило 0,98 (95% довірчий інтервал 0,58-1,63; p=0,9).

Ібупрофен як антипіретик вибору

Відомий представник НПЗП ібупрофен є високоефективним жарознижувальним засобом, який показав себе у численних клінічних дослідженнях як дієвий і безпечний препарат. Наприклад, у подвійному сліпому рандомізованому плацебо-контрольованому дослідженні R.E. Kauffman і співавт. (1992) порівнювали антипіретичну активність ібупрофену, ацетамінофену (парацетамолу) та плацебо в 37 дітей віком 2-12 років з гострими фебрильними станами без фонові коморбідної патології. Учасників було рандомізовано в групи однієї дози парацетамолу (10 мг/кг), ібупрофену (7,5 чи 10 мг/кг) чи плацебо; температура тіла вимірювалася перорально до прийому препарату, через 30 хв після цього, а далі

щогодини після прийому засобу впродовж 8 год. Побічні ефекти моніторувалися під час дослідження та через добу після застосування препарату. Терапія ібупрофеном супроводжувалася більш вираженим зниженням температури тіла та більшою тривалістю жарознижувальної дії, ніж лікування парацетамолом у приблизно рівній дозі. Значимих побічних ефектів не виявлено в жодній з груп лікування. Автори зробили висновок, що ібупрофен є потужним і безпечним жарознижувальним агентом. Рандомізоване подвійне сліпе дослідження A. Van Esch і співавт. (1995), у якому порівнювалася ефективність ібупрофену і парацетамолу, також виявило достовірну перевагу першого в зниженні температури тіла: в середньому цей препарат більш дієво зменшував гарячку (на 0,5 °C), ніж парацетамол.

У великому дослідженні при застосуванні ібупрофену в пацієнтів з тяжким сепсисом не встановлено негативного впливу цього антипіретика на перебіг захворювання чи прогноз (Schaffner A., 2006), а масштабний метааналіз E.R. Southey і співавт. (2009) показав, що за кількістю побічних ефектів ібупрофен є зіставним з плацебо. Метааналіз D.A. Perrott і співавт. (2004) виявив, що ібупрофен характеризується більш вираженою антипіретичною дією, ніж парацетамол, при оцінці через 2, 4 та 6 год після однократного прийому відповідної дози. Це було підтверджено й у метааналізі C.A. Pierce і V. Voss (2009), який включав 85 порівняльних досліджень: ібупрофен є більш ефективним у купіруванні болю та ліквідації лихоманки в дорослих і дітей, ніж парацетамол, і при цьому характеризується такою ж безпекою (хоча в зазначеному аспекті була також зафіксована тенденція до переваги ібупрофену).

ДОВІДКА «ЗУ»

Препарат Гофен («Мега Лайфсайенсиз», Таїланд) – солюбілізований ібупрофен (200 чи 400 мг) у м'яких желатинових капсулах. Гофен забезпечує швидке зниження температури тіла за умов лихоманки, а також демонструє супутню знеболювальну та протизапальну дію. Встановлено, що Гофен біоеквівалентний референтному препарату ібупрофену.

Перевагами Гофену над таблетованими та рідкими (суспензія) формами ібупрофену є більша швидкість дії, порівняно низька вартість курсу лікування, зручність і простота у використанні, низький ризик виникнення небажаних алергічних реакцій за рахунок відсутності допоміжних речовин (барвників, ароматизаторів), що зазвичай містяться в суспензіях.

Використання солюбілізованого ібупрофену (препарату Гофен) супроводжується швидким досягненням максимальної терапевтичної концентрації та вищим її показником, що асоціюється зі швидшим знеболінням і більш вираженим анальгетичним ефектом, ніж у разі застосування таблетованої форми.

ібупрофен ГОФЕН 200 400

IBUPROFEN
ClearCap
Technology



«ДРУГЕ ДИХАННЯ» ІБУПРОФЕНУ



- ✓ **РІДКА ФОРМА ІБУПРОФЕНУ**
Швидке знеболення
(через 15 хвилин)¹
- ✓ **СУЧАСНА ТЕХНОЛОГІЯ
ВИРОБНИЦТВА**
ClearCap Technology
- ✓ **ДОСТУПНА ВАРТІСТЬ²**

MEGA
We care

² Рекомендована вартість Гофен 200 №10 – 33 грн., Гофен 400 №10 – 35 грн.

¹ — Schachtel BP, Thoden WR. Headache. 1998; 28(7):471-4.;

— Olson NZ., et al. Onset of analgesia for liquisol ibuprofen 400 mg, acetaminophen 1000 mg, ketoprofen 25 mg, and placebo in the treatment of postoperative dental pain. J Clin Pharmacol. 2001 Nov; 41(11):1238-47.;

— Packman B., et al. Solubilized ibuprofen: evaluation of onset, relief, and safety of a novel formulation in the treatment of episodic tension-type headache. Headache. 2000 Jul-Aug; 40(7):561-7.

1 капсула м'яка містить: ібупрофену 200 мг або 400 мг; Показання для застосування. Симптоматичне лікування головного, зубного та менструального болю. Гарячка. Спосіб застосування та дози. Препарат рекомендований дорослим і дітям віком від 12 років: початкова доза становить 1-2 капсули м'які (200-400 мг), потім, при необхідності, — по 1-2 капсули м'які (200-400 мг) кожні 4-6 годин. Не приймати більше 6 капсул м'яких протягом 24 годин. Максимальна добова доза — 1200 мг. Капсули м'які, як правило, приймають під час живання їжі, не розжовуючи, запиваючи водою. Упаковка. По 10 капсул у блістері, по 1 блістеру у картонному конверті. По 6 картонних конвертів у картонній упаковці.

Реклама лікарського засобу. Інформація призначена для медичних установ та медичних або фармацевтичних працівників. ТОВ «Мега Лайфсайенс». РП.: Наказ МОЗ України №460 від 03.07.2014 №UA/13624/01/01 та UA/13624/01/02. Зміни внесено: Наказ МОЗ України 25.12.2014 №1006.