



# Лихорадка у дітей: антипіретическа терапія

По данным Американской академии педиатрии, повышение температуры тела у ребенка обуславливает до 50% всех обращений к педиатру, а в осенне-зимний период этот показатель возрастает до 90%. Приоритетной задачей врача при осмотре ребенка с лихорадкой является адекватная оценка его состояния. Особенности антипиретической терапии рассматривались в рамках XVII Всеукраинской научно-практической конференции «Актуальные вопросы педиатрии» (23-24 сентября, г. Днепропетровск), известной отечественным педиатрам как «Сидельниковские чтения».



В каких случаях требуется медикаментозная коррекция гипертермии, а в каких – показана госпитализация? Ответы на эти и другие вопросы представил заведующий кафедрой педиатрии последипломного образования Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Юрий Владимирович Марушко.

Лихорадка является неспецифической защитно-приспособительной реакцией организма в ответ на воздействие патогенных раздражителей, которая характеризуется перестройкой процессов терморегуляции и повышением температуры тела. Повышенная температура уменьшает жизнеспособность некоторых патогенных микроорганизмов, усиливает специфический и неспецифический компоненты иммунитета. В связи с этим лихорадка <math>< 38,5\text{ }^\circ\text{C}</math> у практически здорового ребенка не предполагает коррекции, если самочувствие пациента хорошее. Однако родителям необходимо дать четкие указания в отношении наблюдения за ребенком и их действий при возможном развитии критических ситуаций, требующих неотложной медицинской помощи.

В клинической практике традиционно принято различать так называемую розовую и бледную лихорадку – с сохранением нормального цвета кожи / умеренной гиперемией и бледностью кожных покровов соответственно (табл. 1). При адекватной

реакции организма ребенка на повышение температуры тела теплоотдача соответствует повышенной теплопродукции, что клинически проявляется нормальным самочувствием, розовой или умеренно гиперемированной окраской кожи, влажными и теплыми на ощупь кожными покровами (розовая лихорадка). Такой вариант лихорадки считается физиологическим и прогностически благоприятным. Если реакция ребенка на повышение температуры тела неадекватна и теплоотдача существенно меньше теплопродукции, то клинически наблюдается выраженное нарушение состояния и самочувствия ребенка (бледная лихорадка).

Бледная лихорадка сопровождается нарушениями микроциркуляции, метаболическими расстройствами, в том числе со стороны жизненно важных органов. У детей с бледной лихорадкой возможно развитие судорожного синдрома, что требует пристального наблюдения врача. В группу риска развития данного патологического варианта лихорадки входят младенцы в возрасте до 2 мес, дети с фебрильными судорогами в анамнезе, больные эпилепсией, пациенты с патологией центральной нервной системы, пороками сердца, наследственными обменными заболеваниями. Детям группы риска антипиретическая терапия показана уже при температуре тела  $38\text{ }^\circ\text{C}$ .

При клиническом осмотре ребенка с лихорадкой следует обращать особое внимание на симптомы которые, согласно «правилу светофора», указывают на его красный свет, т. е. указывающие на наличие тяжелого состояния при заболевании у ребенка (National Institute for Health and Care Excellence – NICE, 2013):



**НУРОФЕН® ДЛЯ ДІТЕЙ** суспензія оральна з апельсиновим смаком, Р. П. № UA/8233/01/01 від 23.08.2012 р.  
**НУРОФЕН® ДЛЯ ДІТЕЙ** суспензія оральна з полуничним смаком, Р. П. № UA/7914/01/01 від 23.08.2012 р.  
**НУРОФЕН® ДЛЯ ДІТЕЙ** супозиторії, Р. П. № UA/6642/02/01 від 29.03.2013 р.  
**НУРОФЕН®** таблетки, вкриті оболонкою, Р. П. № UA/6313/02/02 від 22.06.2012 р.

- синюшність шкіри і слизових оболонок;
- відсутність відповіді на соціальні сигнали;
- сонливість (ребенок не просыпается, если разбудить – засыпает);
- слабкий високий або неперервний плач;
- дихання з хрипами, стоном, частота  $>60$  за 1 мин;
- умеренное или выраженное втяжение грудной клетки;
- снижение тургора тканей;
- выбухання родничка.

С целью объективизации тяжести состояния ребенка с лихорадкой предложена балльная Йельская шкала (Yale Observation Scale, 1982), которая облегчает принятие врачебного решения относительно дальнейшей тактики ведения (табл. 2).

Согласно рекомендациям Американской академии педиатрии (2011),

повышение температуры тела у ребенка не является абсолютным показанием для назначения антипиретической терапии. Родителей необходимо обучать наблюдению за общим состоянием ребенка и выявлению тревожных симптомов. Что касается детей группы риска, допускать повышения температуры тела  $>38\text{ }^\circ\text{C}$  у таких пациентов нельзя. При этом не следует стремиться к нормализации температуры тела, достаточно ее снижения на  $1-1,5\text{ }^\circ\text{C}$ .

Главными критериями начала антипиретической терапии у детей являются наличие факторов риска и вид лихорадки.

- При розовой лихорадке:
- у ребенка без факторов риска антипиретики показаны при температуре тела  $\geq 38,5\text{ }^\circ\text{C}$ ;
  - при наличии факторов риска – при температуре тела  $\geq 38,0\text{ }^\circ\text{C}$ .

Таблица 1. Виды лихорадки

Симптомы	Лихорадка, сопровождающаяся наличием розового цвета кожи или незначительной гиперемией (т. н. розовая)	Лихорадка, не сопровождающаяся гиперемией (т. н. бледная)
Общее состояние	Среднетяжелое или тяжелое, вызвано основным заболеванием	Очень тяжелое, выраженная интоксикация
Жалобы	Ощущение жара	Ощущение холода, озноб
Повышение температуры тела	Постепенное	Стремительное
Слизистые оболочки	Розовые	Бледные, цианотичные
Кожные покровы	Розовые, теплые	Бледные, цианотичные, холодные
Ногтевые ложа	Розовые	Синюшные
Сознание	Сохраненное, редко возбужденное	Оглушение, сопор, судорожная готовность
Пульс	Ускоренный, напряженный	Выраженная тахикардия, пульс нитевидный
Артериальное давление	В пределах нормы	Снижение до шоковых показателей
Дыхание	Учащенное	Поверхностное, часто форсированное

Таблица 2. Йельская шкала: критерии оценки (1982)

Симптомы	Норма (1 балл)	Умеренное расстройство (3 балла)	Значительное расстройство (5 баллов)
Характер плача	Громкий или отсутствует	Всхлипывания или хныканье	Стон, пронзительный долгий крик, не изменяется при попытке успокоить ребенка
Реакция на родителей	Плач непродолжительный или отсутствует, ребенок выглядит довольным	Плач прекращается и снова возобновляется	Длительный плач, несмотря на попытки успокоить ребенка
Поведение	Не спит, в случае засыпания быстро просыпается	Быстро закрывает глаза, если не спит, или просыпается после долгой стимуляции	Трудно разбудить, расстройство сна
Цвет кожи	Розовый	Бледные конечности или акроцианоз	Бледный, цианотичный пятнистый, пепельный
Состояние гидратации	Кожа и слизистые оболочки влажные	Кожа и слизистые оболочки влажные, но слизистая оболочка полости рта сухая	Кожа сухая и дряблая, слизистые оболочки сухие, глаза «запавшие»
Общение	Улыбается или настораживается	Быстро исчезающая улыбка или настороженность	Улыбка отсутствует, вялость, отсутствие ответной реакции на действия окружающих
Интерпретация результатов			
Оценка	Риск возникновения осложнений	Тактика участкового врача	
<math>< 11</math> баллов	$\leq 3\%$	Амбулаторное лечение	
11-15 баллов	$\leq 26\%$	Консультация с более опытным врачом и/или заведующим отделением	
>15 баллов	$> 92\%$	Госпитализация	



При бледной лихорадке:  
– у ребенка без факторов риска – при температуре тела  $\geq 38,0$  °C;  
– при наличии факторов риска – при температуре тела  $\geq 37,5$  °C.

В приказе Министерства здравоохранения Украины от 16.07.2014 г. № 499 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при грипі та гострих респіраторних інфекціях» среди рекомендованих антипиретиков указаны ибупрофен, парацетамол, ацетилсалициловая кислота (разрешена с 18 лет), мефенаминовая кислота (с 5 лет), метамизол натрия (с 2 лет). Вместе с тем в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2013) по лечению лихорадки в педиатрической практике можно использовать ибупрофен и парацетамол. Ибупрофен, согласно инструкции по медицинскому применению препарата, разрешен к использованию с 3-месячного возраста, парацетамол – у детей старше 1 мес. Назначение двух антипиретиков одновременно нецелесообразно. Чередование ибупрофена и парацетамола допустимо только в случаях, когда неудовлетворительное самочувствие ребенка сохраняется после приема препарата или возобновляется до приема следующей дозы (NICE, 2013).

Только при неэффективности пероральных антипиретических препаратов (ибупрофен, парацетамол) на этапах оказания неотложной помощи используют метамизол натрия.

Жаропонижающий и анальгетический эффекты ибупрофена выражены в большей степени по сравнению с таковыми парацетамола. Уже через 15 мин после приема отмечается действие как ибупрофена, так и парацетамола,

однако в первом случае длительность составляет до 8-12 ч (у парацетамола – до 4 ч), что позволяет ограничить прием препарата 2-3 дозами в сутки. В исследовании F. Pelen и соавт. (1998) убедительно показаны быстрое (в течение 15 мин) наступление антипиретического эффекта ибупрофена в дозе 10 мг/кг и его длительное жаропонижающее действие (10-12 ч) независимо от начального уровня лихорадки. Это преимущество ибупрофена находит свое отражение в суточном дозировании. Так, стандартная доза парацетамола составляет 10-15 мг/кг каждые 4-6 ч (до 4 р/сут), тогда как ибупрофен применяют в дозе 5-10 мг/кг каждые 6-8 ч (до 3 р/сут) – разница в лекарственной нагрузке и удобстве приема очевидна.

Применение каких-либо препаратов в педиатрической практике наряду с эффективностью требует наличия высокого профиля безопасности. В 2014 г. в Украине было зарегистрировано 176 случаев возникновения побочных реакций при использовании ибупрофена, что составляет менее 0,1% от общего количества зарегистрированных нежелательных эффектов при применении лекарственных средств. Метаанализ 24 рандомизированных плацебо-контролируемых исследований показал отсутствие достоверной разницы в переносимости и профиле безопасности ибупрофена, парацетамола и плацебо (Southey E.R. et al., 2009). S.M. Lesko и A.A. Mitchell, в 1995 г. провели рандомизированное многоцентровое исследование, в котором сравнили частоту госпитализаций по поводу желудочно-кишечных кровотечений,

почечной недостаточности, анафилаксии и синдрома Рея у 84 192 детей на фоне краткосрочного приема ибупрофена и парацетамола. Результаты показали, что риск вышеуказанных осложнений при использовании обоих препаратов был сопоставимым.

Оригинальным препаратом ибупрофена, который доступен украинскому покупателю, является Нурофен для детей (Reckitt Benckiser Healthcare International, Великобритания). Нурофен для детей выпускают в форме суспензии для перорального приема в дозе 100 мг / 5 мл по 100 мл во флаконе. Она удобна в применении у детей в возрасте от 3 мес до 12 лет с массой тела не менее 5 кг в разовой дозе 5-10 мг/кг с максимальной суточной дозой 20-30 мг/кг и кратностью приема до 3 р/сут. Помимо суспензии, Нурофен для детей выпускается в форме ректальных суппозиторий в дозе 60 мг, таблеток 200 мг для детей старше 6 лет и 400 мг для пациентов старше 12 лет.

На клинической базе нашей кафедры было проведено исследование эффективности и безопасности ибупрофена у детей с острыми респираторными заболеваниями, которые сопровождаются лихорадкой и интоксикацией. В исследовании приняли участие 50 пациентов в возрасте от 1 до 5 лет. У всех детей имела место острая респираторная вирусная инфекция, у 12 участников выявлен острый тонзиллит, еще у 12 – острый простой бронхит, у 3 пациентов была диагностирована односторонняя очаговая пневмония. У всех детей при поступлении в стационар отмечалась фебрильная лихорадка (в среднем

$38,8 \pm 0,06$  °C), у 47 – умеренная интоксикация, у 3 – выраженная. Включенные в исследование пациенты получали необходимое этиотропное и патогенетическое лечение согласно протоколу, в качестве антипиретика назначали ибупрофен (суспензия Нурофен для детей) в дозе 5-10 мг/кг по требованию 2-3 р/сут.

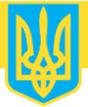
Прием ибупрофена в течение первых суток достоверно уменьшал частоту жалоб на слабость, снижение аппетита; улучшалось общее самочувствие детей. Короткий курс ибупрофена (в среднем  $3,1 \pm 0,002$  дня) у детей с лихорадкой был безопасным: только у 1 ребенка на 3-й день приема отмечались побочные явления в виде краткосрочного диспептического синдрома, который не требовал коррекции и разрешился самостоятельно.

Таким образом, коррекция гипертермии у детей предполагает дифференцированный подход в зависимости от вида лихорадки, наличия факторов риска и тревожных симптомов (так называемые красные флаги). Среди антипиретиков только ибупрофен и парацетамол рекомендованы ВОЗ для применения в педиатрической практике с грудного возраста. Оригинальный препарат ибупрофена Нурофен для детей отличается высокой эффективностью и безопасностью, наличием разнообразных лекарственных форм, что облегчает его дозирование и прием. Нурофен для детей по праву может рассматриваться в качестве препарата выбора для снижения температуры тела у педиатрических пациентов.

Подготовила Мария Маковецкая



## НОВИНИ МОЗ



### Україна приєдналася до європейської ініціативи Stent for life для збереження життя пацієнтів із гострим інфарктом міокарда

В ІА УНІАН відбулася прес-конференція з нагоди презентації громадської ініціативи Stent for life в Україні, спрямованої на створення й розвиток «Регіональної реперфузійної мережі» в Україні з метою збереження життя й ефективної допомоги пацієнтам з гострим інфарктом міокарда (ГІМ). Ініціатива проводиться за підтримки Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України.

У рамках ініціативи планується створити й розвинути регіональні реперфузійні мережі в Україні, що дасть можливість удвічі знизити рівень госпітальної смертності пацієнтів з ГІМ і збільшити своєчасне виявлення осіб із гострим коронарним синдромом. Програма успішно реалізовується в багатьох країнах Європи, досвід яких доводить можливість зниження смертності від інфаркту міокарда в стаціонарі до 7-8% (в Україні летальність у 2014 р. становила 13,6%). Експерти розповіли, що первинне коронарне стентування вже використовується в деяких регіонах України, зокрема в Одеській, Закарпатській, Черкаській, Івано-Франківській, Вінницькій, Хмельницькій, Львівській та Полтавській областях.

За словами заступника міністра охорони здоров'я України Віктора Шафранського, ініціатива Stent for Life сприятиме зниженню показників смертності від ГІМ в Україні: «Впровадження цього проекту дасть можливість суттєво зменшити показники смертності пацієнтів із ГІМ. Йдеться про життя людей. Уже через рік ми зможемо відчувати результати цього проекту і поширити його досвід по всій Україні», – зауважив В. Шафранський.

Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Кардіологія», провідний науковий співробітник ДУ «НЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України», доктор медичних наук, професор Максим Соколов розповів, що частка серцево-судинних захворювань у структурі смертності в Україні становить 66%, причому у більшості випадків причиною смерті є ГІМ. «Це захворювання пов'язане з повним, екстремим перекриттям однієї із артерій внутрішньосудинним тромбом, що призводить до некрозу міокарда, а це, своєю чергою, – до інвалідизації або смерті пацієнта. Це досить серйозна проблема, яку можна вирішити шляхом дуже швидкого відкриття цієї артерії. Однією з ефективних методик лікування є механічне відкриття артерії за допомогою стента (реперфузійна терапія)», – зазначив М. Соколов. За його словами, на сьогодні в Україні проводять лише 100 втручань для ангіопластики на 1 млн населення, що утричі менше, ніж в країнах Євросоюзу. «МОЗ запропонував проект, до якого приєдналися 8 регіонів, де вже діють регіональні реперфузійні мережі. Попереду чотири основних принципи, які ми маємо досягти: виконання не менш ніж 600 первинних стентувань на 1 млн пацієнтів на рік у перші години ГІМ; один центр має забезпечувати допомогу на території, де проживає не більше 1 млн осіб, і практично кожен обласний центр має такі заклади, потрібно лише правильно організувати роботу; і останнє – всі ці центри мають працювати 24 год на добу, 7 днів на тиждень, 365 днів на рік», – наголосив М. Соколов.

Член-кореспондент НАМН України, ректор Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор Катерина Амосова акцентувала увагу на проблемі надання ранньої медичної допомоги пацієнтам із ГІМ. «Спрямування лікування на те, щоб якомога швидше відновити кровотік і зменшити ризик міокарда – це раціональний підхід. Смерті від серцево-судинних захворювань обумовлені насамперед тромбозами. І ініціатива Stent for life має позитивно вплинути на організацію допомоги таким хворим».

За інформацією прес-служби МОЗ України

## ФІЛАТОВСЬКІ ЧИТАННЯ 2016

19-20 травня 2016  
Одеса, Україна

Науково-практична конференція,  
присвячена 80-річчю від дня заснування  
Інституту очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова  
НАМН України

Організатори: Товариство офтальмологів України  
ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії  
ім. В.П. Філатова НАМН України»  
За підтримки: Національної академії медичних наук України  
Місце проведення: Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова  
Органітет: Телефони: +380487465208; +380661466070  
Сайт: www.tou.org.ua  
E-mail: filatovinstitut@ukr.net

