Сучасні підходи до ведення дітей з лихоманкою

Більшість батьків відчувають страх через будь-яке підвищення температури тіла в дітей. Однак за своєю сутністю лихоманка є компенсаторно-пристосувальною реакцією, що підвищує імунологічну реактивність та пригнічує активність деяких збудників гострих інфекційних захворювань. Тому, згідно з рекомендаціями Американської академії педіатрії (2011), у практично здорових дітей, які відносно добре себе почувають, лихоманка до певних меж не потребує корекції. З іншого боку, з урахуванням величезної кількості можливих причин лихоманки та серйозних ускладнень, що можуть розвинутися в дітей з груп ризику, лікування дитини з лихоманкою не є таким простим завданням, як може здаватися на перший погляд. Про сучасні підходи до індивідуального призначення антипіретичної терапії дітям з гострими респіраторними захворюваннями докладно розповів завідувач кафедри педіатрії післядипломної освіти Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор Юрій Володимирович Марушко у своїй доповіді під час XVIII Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання педіатрії» (21-23 вересня 2016 р., м. Львів).

Ю.В. Марушко

– На практиці традиційно розрізняють так звану рожеву та бліду лихоманку. При рожевій лихоманці підвищення температури тіла відбувається поступово та супроводжується відчуттям жару; шкірні покриви рожеві та теплі на дотик, артеріальний тиск у нормі, дихання прискорене, свідомість, як правило, збережена. Ознаками блідої лихоманки є стрімке підвищення температури тіла, тяжкий загальний стан хворого, виражена інтоксикація, відчуття холоду, озноб; шкірні покриви бліді, з ціанотичним відтінком, артеріальний тиск знижений, пульс прискорений, ниткоподібний, дихання поверхневе, свідомість часто порушена. Бліда лихоманка супроводжується порушенням мікроциркуляції, метаболічними розладами у внутрішніх органах (у тому числі в головному мозку), що може призвести до розвитку судом, і тому потребує пильної уваги з боку лікарів. До груп ризику розвитку патологічного варіанту лихоманки належать діти:

- віком до 2 міс;
- з фебрильними судомами в анамнезі або вказівками на те, що дитина погано переносить температуру (надмірна збудливість або пригнічення);
- із судомами іншого походження, епілепсією;
- з патологією центральної нервової системи (енцефалопатії, вади розвитку мозку, гіпертензійний та гідроцефальний синдроми, наслідки ураження мозку внутрішньоутробними інфекціями);
- з вадами серця, особливо в стадії декомпенсації;
- зі спадковими аномаліями обміну речовин (фенілкетонурія, глікогенози тощо);
- з тяжкими захворюваннями.

У дітей з груп ризику антипіретики слід призначати вже при температурі тіла ≥38 °С, якщо лихоманка рожева, та ≥37,5 °С – при блідій. У дітей без ризику ці значення дорівнюють відповідно ≥38,5 °С та ≥37,5 °С.

Під час ведення дітей з лихоманкою доцільно керуватися ступенем ризику наявності тяжкого захворювання. Для виявлення тяжкого захворювання та вирішення питання про необхідність госпіталізації в дітей <5 років зручно використовувати так звану систему світлофора (табл.), розроблену Національним інститутом охорони здоров'я та клінічного вдосконалення Великобританії (NICE, 2013).

Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги дорослим та дітям «Гострі респіраторні інфекції», затверджений наказом МОЗ України № 499 від 16.07.2014, вказує на застосування низки препаратів при підвищеній температурі. Ми вважаємо за необхідне чітко регламентувати ці препарати, враховуючи вікові обмеження при використанні жарознижувальних препаратів у дітей. Так, ібупрофен дозволено призначати з 3 міс, парацетамол – з 1 міс, мефенамінову кислоту – з 5 років, а метамізол натрію – з 2 років. Таким чином, у дітей раннього віку вибір лікаря для стартової антипіретичної терапії фактично обмежений ібупрофеном та парацетамолом. Обидва ці препарати включені до Примірного переліку основних лікарських засобів, складеного ВООЗ (2013). У згаданих рекомендаціях NICE (2013) наголошується, що не можна призначати обидва препарати одночасно. Доцільність чергування парацетамолу та ібупрофену слід розглядати тільки в тих випадках, коли хворобливий стан зберігається або повторюється до прийому наступної дози.

Таблиця. **Система світлофора для визначення тяжкого захворювання**

Ознаки	Низький ризик	Середній ризик	Високий ризик
Колір губ чи язика	Нормальний	Блідий	Блідий/плямистий/попелястий/синюватий
Активність дитини	Нормально реагує на соціальні сигнали; задоволена/посміхається; не впадає в сон або швидко прокидається; плач нормального характеру, сильний або відсутній	Не реагує нормально на соціальні сигнали; не посміхається; важко прокидається (тільки після тривалих спроб її розбудити); знижена активність	Не відповідає на соціальні сигнали; здається хворою медичному працівнику; довго не прокидається, або, якщо її розбудити, швидко засинає знову; слабкий, високий або безперервний плач
Дихання	Без змін	Роздування крил носа; тахіпное (частота дихання >50 за хв у віці 6-12 міс, >40 за хв у віці >12 міс); насиченість крові киснем ≤95% при диханні атмосферним повітрям; хрипи в грудній клітці	Дихання з хрипами/кректанням/клекотанням/стогонами; тахіпное; частота дихання >60 за хв; помірне або виражене втягування грудної клітки
Кровообіг та водний баланс	Шкіра та очі нормальні на вигляд; слизові оболонки зволожені	Тахікардія (частота серцевих скорочень: >160 на хв у віці <12 міс; >150 на хв у віці 12-24 міс; >140 на хв у віці 2-5 років); час наповнення капілярів ≥3 с; сухі слизові оболонки; поганий апетит у немовлят; зменшення діурезу	Зменшений тургор шкіри
Інше	Немає симптомів і ознак, перерахованих у жовтій та червоній колонках	Температура ≥39 °С у віці 3-6 міс; лихоманка протягом ≥5 днів; озноб; припухлість кінцівки або суглобу; кінцівка не тримає вагу дитини / не використовується нею	Вік <3 міс, температура ≥38 °С; висип не бліднішає при натисканні; випинання тім'ячка; ригідність потиличних м'язів; епілептичний статус; осередкові неврологічні ознаки; локальні епілептичні напади

Оцінка. Діти з лихоманкою та будь-яким симптомом/ознакою із червоної колонки вважаються такими, що мають високий ризик. Діти з лихоманкою та будь-яким симптомом/ознакою із жовтої колонки без жодних симптомів/ознак із червоної колонки вважаються такими, що мають помірний ризик. Діти, в яких є симптоми/ознаки із зеленої колонки та немає жодних симптомів/ознак із жовтої або червоної колонки, мають низький ризик.

Слід зазначити, що, порівняно з парацетамолом, ібупрофен має істотні клінічні переваги: більшу тривалість жарознижувального ефекту (до 8-12 год) та, відповідно, меншу кратність прийому, виражену протизапальну дію, відсутність токсичних метаболітів та, відповідно, мінімальний ризик токсичного ураження внутрішніх органів і відносно високий терапевтичний індекс (співвідношення ризик/користь), що зумовлює більшу безпеку його застосування як при гострій, так і при хронічній інтоксикації. Жарознижувальний ефект ібупрофену був переконливо показаний під час досліджень, проведених згідно з принципами доказової медицини. Так, у багатоцентровому клінічному дослідженні ефективності монотерапії ібупрофеном у дозі 10 мг/кг як жарознижувальним засобом, участь в якому взяла 351 дитина віком від 6 міс до 15 років, зниження температури тіла спостерігалося вже через 15 хв. Тривалість жарознижувального ефекту після прийому ібупрофену в дозі 10 мг/кг становила 12 год. Жарознижувальний ефект ібупрофену був однаковим як при помірній, так і при високій фебрильній лихоманці (F. Pelen et al., 1998). Дуже важливо, що оригінальний британський препарат ібупрофену НУРОФЄН® характеризується високим профілем безпеки; побічні ефекти при його застосуванні виникають нечасто. У цьому контексті значний інтерес також представляють результати багатоцентрового подвійного сліпого порівняльного рандомізованого дослідження Бостонського університету з оцінки ризику госпіталізації внаслідок розвитку ускладнень від прийому антипіретиків, в яке було включено 84 192 дитини. Було продемонстровано, що ймовірність госпіталізації на тлі короткострокового прийому ібупрофену (у дозах 5 мг/кг та 10 мг/кг) і парацетамолу (12 мг/кг) співставна: 0,9%, 1% та 1% відповідно (S.M. Lesko, A.A. Mitchell, 1995).

Нами (Ю.В. Марушко, Н.С. Бойко, 2014) також було проаналізовано власний клінічний досвід використання препарату НУРОФЄН® ДЛЯ ДІТЕЙ у 50 дітей з гострими респіраторними захворюваннями (середній вік – 3,2±0,1 року). Був продемонстрований потужний та швидкий жарознижувальний ефект препарату НУРОФЄН® ДЛЯ ДІТЕЙ: у 94% пацієнтів температура тіла знизилася вже через 1 год після перорального прийому, а протягом 1 доби після прийому препарату відзначалася швидка позитивна динаміка симптомів, пов'язаних з інтоксикацією.

Таким чином, оригінальний НУРОФЄН® ДЛЯ ДІТЕЙ має швидкий та тривалий жарознижувальний ефект, а також дозозалежну знеболювальну дію. Разова доза препарату НУРОФЄН® ДЛЯ ДІТЕЙ складає 5-10 мг на 1 кг маси тіла та обирається лікарем залежно від виду та тяжкості лихоманки, основного захворювання та стану дитини. НУРОФЄН® ДЛЯ ДІТЕЙ (100 мг/5 мл) випускається у формі суспензії зі зручним мірним дозатором у флаконах по 100 та 200 мл. Для дітей, які потребують призначення більш високої дози ібупрофену, випускається суспензія НУРОФЄН® ДЛЯ ДІТЕЙ ФОРТЕ (200 мг/5 мл). Окрім лікарської форми суспензії, НУРОФЄН® випускається у формі таблеток 200 мг (для дітей старше 6 років) та ректальних супозиторіїв (60 мг). Це дозволяє індивідуально підібрати оптимальний спосіб застосування препарату для кожної дитини.

Підготувала ***Олена Терещенко***