

В.В. Корнева, к. мед. н., В.Г. Козачук, к. мед. н., Н.П. Гляделова, к. мед. н.,  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

## Інтегроване ведення хвороб дитячого віку. У фокусі — лихоманка

**Інтегроване ведення хвороб дитячого віку (ІВХДВ), положення якого відповідають стандартам Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Дитячого фонду Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ), є національною стратегією надання амбулаторної допомоги дітям від 0 до 5 років життя фахівцями у галузі сімейної медицини. На першому етапі медичної реформи в Україні знання алгоритму діагностики, проблем сортування хворих за критеріями безпеки, тактики стартової терапії при лихоманці у дітей за стандартами ІВХДВ є дуже важливими для лікарів загальної практики — сімейної медицини.**

Сімейна медицина — єдиний рівень медичної допомоги, що охоплює усе населення нашої країни, 80% усіх звернень пацієнтів фіксують саме на цьому рівні.

Національною стратегією надання амбулаторної допомоги лікарями загальної практики — сімейної медицини дітям віком від 0 до 5 років є ІВХДВ. Ця стратегія була затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації інтегрованого ведення хвороб дитячого віку» від 12.05.2016 № 438 [14].

З урахуванням вікових особливостей і найбільш типових нозологічних станів ІВХДВ передбачає поділ пацієнтів на 2 вікові групи: 0-2 міс (немовлята) та 2 міс — 5 років. Крім того, стратегія ІВХДВ передбачає поділ хворих дітей на три потоки: 1 — діти, які потребують надання невідкладної допомоги до направлення у стаціонар і під час госпіталізації у стаціонар (маркування рожево-червоним кольором); 2 — діти, лікування та консультування яких проводиться в амбулаторних умовах (маркування жовтим кольором); 3 — група амбулаторного нагляду: батьки отримують консультації щодо лікування та догляду за хворою дитиною удома, а також щодо догляду здорових дітей (маркування зеленим кольором). Стратегія ІВХДВ передбачає дуже важливий принцип: всі хворі діти перших 5 років життя мають бути оглянуті з метою виявлення загальних ознак небезпеки, а всі немовлята — ознак дуже важкого захворювання. Якщо є такі ознаки, це вказує на необхідність термінового направлення дитини до стаціонару.

Одним зі станів, з приводу якого батьки найчастіше терміново звертаються до фахівця, є лихоманка [2, 9, 10, 14]. Лихоманка — один із найбільш частих клінічних симптомів при різних захворюваннях дитячого віку. Діти з лихоманкою, за даними С.П. Крамарьова (2012), складають 35% всіх педіатричних пацієнтів, що звернулися амбулаторно, і 20% всіх пацієнтів дитячих відділень невідкладної допомоги в світі [8].

Відповідно до ІВХДВ розроблено основний алгоритм диференційно-діагностичного пошуку при лихоманці у дітей. Стан дитини з лихоманкою необхідно оцінити за такими ознаками: ригідність потиличних м'язів, наявність петехіального висипу, тривалість лихоманки, ймовірність захворювання на кір. Так, ригідність потиличних м'язів може бути ознакою менінгіту, гострого ураження центральної нервової системи або іншого важкого захворювання. Наявність у хворого з лихоманкою петехіального висипу може бути ознакою гострого інфекційного захворювання, в тому числі менінгококкемії. Важливим питанням є тривалість лихоманки. У більшості випадків лихоманка, зумовлена вірусними інфекціями, минає через декілька днів. Лихоманка, що триває довше ніж 5 днів, може вказувати на наявність у дитини важкого захворювання. Якщо лихоманка утримується більше 5 днів, дуже важливо з'ясувати, чи спостерігалася лихоманка щодня, крім того, необхідно вирішити питання щодо госпіталізації хворого [9, 14]. Враховуючи високий ризик виникнення ускладнень при кору, необхідно оцінити стан дітей з лихоманкою з метою виявлення ознак кору, в тому числі перенесеного впродовж останніх 3 міс.

При огляді дітей віком від 2 міс до 5 років з лихоманкою треба звернути увагу також на стани, які часто супроводжують лихоманку: головний біль, біль при сечовипусканні, біль у вусі та дані отоскопії, болочість суглобів, прискорене дихання або втягнення міжребрових проміжків, зміни слизової оболонки глотки, жовтяниці, значну блідість долонь, патологічні ознаки при пальпації живота. Враховують також відвідування регіонів, де поширені малярія та інші захворювання, що супроводжуються лихоманкою [2, 9].

Дітей віком до 5 років, у яких лихоманка триває більше ніж 5 днів, необхідно направити у стаціонар для додаткового оцінювання клінічної картини та проведення поглибленого обстеження. Якщо з першого дня лихоманку супроводжує виражений інтоксикаційний синдром, то дитину слід направити у стаціонар для обстеження з розширенням діагностичного алгоритму з перших днів гіпертермії [2, 9, 10].

У дітей з лихоманкою і будь-якою небезпечною загальною ознакою або ригідністю потиличних м'язів стан необхідно класифікувати як дуже важкий і терміново направити такого пацієнта у стаціонар. Перед госпіталізацією треба почати лікування антибактеріальними препаратами: ввести першу дозу ампіциліну та гентаміцину внутрішньом'язово або цефтріаксон парентерально. При петехіальному висипу парентерально застосовують цефтріаксон і преднізолон у дозах відповідно до інструкції [14]. При високій лихоманці (38,5 °C або вище) призначають одну вікову дозу парацетамолу дітям старше 1 міс (разова доза 15 мг/кг маси тіла, добова доза — 60 мг/кг) або ібупрофену (перша разова доза дітям старше 3 міс — 10 мг/кг). Відповідно до ІВХДВ добова доза ібупрофену становить 20-30 мг/кг. Удома та під час транспортування до лікарні проводять профілактику гіпоглікемії [14].

Сімейний лікар має пам'ятати, що диференціація лихоманки у немовлят (дітей віком від 0 до 2 міс) має свою специфіку і відповідний алгоритм. Необхідно перевірити ймовірність наявності бактеріальної інфекції, діареї, проблем з годуванням або низької маси тіла, з'ясувати імунний статус (виключення інфікування вірусом імунодефіциту людини або іншими внутрішньотробоїними інфекціями), оцінити інші проблеми. Лихоманка (аксильна температура вище 37,5 °C або ректальна температура вище 38 °C) рідко виникає в перші 2 міс життя. Наявність лихоманки у немовляти може свідчити про тяжку бактеріальну інфекцію і бути її єдиною ознакою. Організм у немовлят може також реагувати на інфекцію зниженням температури тіла нижче 35,5 °C (36 °C ректальна). При судомному синдромі в анамнезі дітям перших 2 міс життя парацетамол починають давати уже при лихоманці 37,5 °C [2, 14].

Треба відзначити, що відповідно до стратегії ІВХДВ експерти ВООЗ не виділяють такі варіанти лихоманки, як рожева або біла. Сам підхід до надання першої медичної допомоги передбачає відмову від фізичних методів охолодження [2, 13]. В інформаційних джерелах стратегії ІВХДВ (адапований настанові, навчальному електронному плеєрі ІКАТ) вказані супровідні заходи при купіруванні лихоманки. Зокрема, рекомендований постільний режим; для посилення теплоізоляції дитину роздягають (при комфортних умовах перебування). Можливе обтирання шкіри водою температурою 29,4-32 °C. Інші фізичні методи охолодження не рекомендовані [2, 9, 14]. Забезпечують підтримання оптимальної температури та адекватне зволоження повітря у приміщенні. Для підвищення теплоізоляції рекомендують рясне питво. Годують дитину залежно від апетиту, не можна годувати дитину насильно; корисна вуглеводна їжа. Свіже молоко при лихоманці не рекомендоване. Контролюють спорожнювання кишечника. Важливо здійснювати профілактику дегідратації.

Одним із клінічних варіантів несприятливого перебігу лихоманки у дітей раннього віку є гіпертермічний стан, який називають «злаякісна лихоманка». При гіпертермії посилюється інтенсивність обмінних процесів (за підвищення температури тіла на 1 °C основний обмін збільшується на 14-16%), істотно збільшується потреба тканин у кисні, посилюється кровообіг для виведення великої кількості тепла з тканин усередині тіла на його поверхню. Ці процеси відбуваються в умовах порушення мікроциркуляції, що призводить до метаболічних розладів і прогресивного наростання дисфункції життєво важливих органів і систем. Розвиток лихоманки на тлі гострих мікроциркуляторних та обмінних порушень, що лежать в основі токсикозу, спричиняє декомпенсацію терморегуляції з різким наростанням теплопродукції та неадекватно зниженою тепловіддачею та підвищеною навантаженням на дихальну і серцево-судинну системи. Посилення метаболічних процесів при гіпертермії характеризується ризиком виникнення ацидозу, порушенням водно-сольового обміну, виснаженням енергетичних ресурсів [2, 3, 7, 13].

У дітей, особливо раннього віку, нерідко зустрічається «злаякісна лихоманка». Здебільшого цей стан є проявом ускладненого перебігу гострої респіраторної вірусної інфекції, грипу, може бути маніфестацією інфекційно-токсичного шоку, в тому числі й менінгококкемії



В.В. Корнева



В.Г. Козачук



Н.П. Гляделова

та ін. «Злаякісна лихоманка» у дітей характеризується такою тріадою: аксильна температура >39 °C, підвищується щогодини на 1 °C, жарознижувальні препарати неефективні [3, 13, 18].

У дітей різного віку наявність такого типу лихоманки потребує призначення на амбулаторному етапі не лише жарознижувальних, а й у деяких випадках судинорозширювальних препаратів, а також кортикостероїдів (КС) як парентерально, так і ректально у дозі 2-3 мг/кг за преднізолоном, у разі ризику розвитку інфекційно-токсичного шоку — від 5 до 10 мг/кг на перше введення [3, 7, 13]. Доцільно вводити парентерально преднізолон або дексаметазон.

В амбулаторній практиці ефективним є також призначення преднізолону у формі ректальних супозиторіїв — Ректодельт 100 (1 супозиторій містить 100 мг преднізолону). Абсолютна біодоступність одного супозиторія Ректодельт 100 становить близько 29%. Препарат призначають дітям віком від 6 міс по 1 супозиторію на добу. Ректальне застосування КС рекомендується маленьким дітям, у яких парентеральне або пероральне введення цих препаратів створює труднощі і додатковий стрес. Ефективність преднізолону при ректальному введенні вища, ніж при внутрішньом'язовому або пероральному [4, 12, 13, 20].

### Висновки

1. Стратегія ІВХДВ ґрунтується на стандартах ВООЗ/ЮНІСЕФ і є дуже важливим інструментом у практиці сімейного лікаря.
2. Знання алгоритму діагностики, проблем сортування хворих за критеріями безпеки, тактики стартової терапії при лихоманці у дітей за стандартами ІВХДВ є надзвичайно важливими.
3. Сучасні підходи до купірування лихоманки у дітей при її ускладненому перебігу передбачають застосування, крім жарознижувальних препаратів, також КС, у тому числі і в формі ректальних супозиторіїв.

Список літератури знаходиться в редакції.



### Довідка ЗУ

Ректодельт 100 включений у педіатричні стандарти лікування в Німеччині «Гострі стани в дитячому віці, доклінічні заходи» (Stoßfächer Pädiatrische Dosistabellen Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 2008). Ректальне застосування КС рекомендується маленьким дітям, у яких парентеральне або пероральне введення лікарських препаратів створює труднощі і додатковий стрес. Ефективність преднізолону при ректальному введенні вища, ніж при внутрішньом'язовому або пероральному. Значну перевагу використання ректальної форми КС на початку терапії з приводу гострої обструкції верхніх дихальних шляхів у дитини в амбулаторних умовах довели у своїх дослідженнях О.И. Кехіопуло та співавт. (2013), О.М. Охотнікова (2013), Л.С. Овчаренко та співавт. (2008). Ректальне застосування КС при псевдокрупі, ускладненій лихоманці рекомендують німецькі дослідники.

С. Lenhard та співавт. у 1993 р. було проведено мультицентрове рандомізоване подвійне сліпе дослідження щодо застосування супозиторіїв преднізолону та преднізолону при псевдокрупі. Автори довели, що дія різних лікарських форм преднізолону на симптоми псевдокрупу виявилася рівноцінною. Аналогічні результати були продемонстровані у мультицентровому дослідженні Н.С. Bergel (1994). Наявність максимального рівня преднізолону в сироватці крові свідчить про доцільність ректального застосування КС у дітей при захворюваннях, при яких необхідне раннє лікування високими дозами преднізолону (Д. Флек, Палітцх, А. Шеффек, 1998). Хоча після проведення цих досліджень минуло тривалий час, проте і сьогодні у багатьох європейських клініках дотримуються таких підходів.

Українські дослідники (Л.С. Овчаренко та співавт., 2008; О.М. Охотнікова, 2010; В.В. Березний та співавт., 2012) продемонстрували ефективність препарату Ректодельт 100 як при лікуванні гострої обструкції верхніх дихальних шляхів, так і при бронхообструктивному синдромі у дітей. Таким чином, Ректодельт 100 можна рекомендувати всім дітям, які перенесли гостру обструкцію верхніх дихальних шляхів або бронхообструктивний синдром.

# Ректодельт

преднізон 100

**РЕКОМЕНДАЦІЯ**  
в аптечку  
швидкої  
допомоги<sup>1,2</sup>

**ПЕРЕВАГИ ЗАСТОСУВАННЯ:**

- ✓ ЗРУЧНА ЛІКАРСЬКА ФОРМА: зменшує стрес у дитини<sup>1</sup>
- ✓ СТУПІНЬ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИЩА ніж при використанні преднізолону с/м, per os<sup>1</sup>
- ✓ ЗАСТОСУВАННЯ МОЖЛИВЕ В ДОМАШНІХ УМОВАХ відповідальними батьками<sup>2</sup>
- ✓ СПРИЯТЛИВИЙ ПРОФІЛЬ БЕЗПЕКИ дозволяє використовувати препарат з 6 місяців<sup>3</sup>

Склад: 1 супозиторій містить 100 мг преднізолону; Лікарська форма: супозиторії ректальні. Показання: призначати дітям для інтенсивної терапії псевдокрупу, крупу, спастичного бронхіту. Спосіб застосування та дози: дітям старше 6 місяців призначають 1 супозиторій на добу, що відповідає 100 мг преднізолону. При гострих станах загалом достатньо короткотермінової терапії. Побічні реакції: у випадку неадекватної терапії однаково можливою побіжною реакцією може бути гіперчутливість до Ректодельту 100 з боку імунної системи. Відпуск: за рецептом лікаря. Інструкція надана в скороченому вигляді.

1. Термін гострої крупу (гострий респіраторний інфекційний у дітей, Охотнікова Л.С. та співавт., Український медичний альманах 2008, том 11, №4.  
2. Системні глюкокортикостероїди у лікуванні дітей з респіраторними захворюваннями О.М. та співавт., Вісник педиатричної Академії, Закарпатськ, 2010.  
3. Інструкція для лікарів щодо застосування лікарського засобу <http://www.dfg.com.ua/>

За додатковою інформацією звертайтеся:  
ТОВ "Бі-фарма", т./ф.: (044) 501-69-79

Інформація фахівцям у сфері охорони здоров'я, для поширення на спеціалізованих семінарах, конференціях і симпозіумах з медичної тематики