

# ЛЕЧЕНИЕ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ

**А.И. Сафина, профессор, д. м. н., зав. кафедрой педиатрии и неонатологии,  
ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава РФ**

**Ключевые слова:** лихорадка, жаропонижающие препараты, ибупрофен  
**Keywords:** fever, preparations for fever's decrease , ibuprofen

Острые респираторные и другие инфекционные заболевания являются самыми распространенными у детей, на их долю приходится около 90% всех регистрируемых заболеваний. Основными возбудителями острой инфекции верхних отделов респираторного тракта являются вирусы: на их долю приходится до 90% всех заболеваний.

Одним из самых актуальных является риновирус, являющийся причиной 30–40% всех ОРВИ. Наряду с риновирусами причинами ОРВИ являются аденоизиры, вирусы парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус, а также вирус гриппа. Все они вызывают клинически сходную картину: катаральные явления, кашель, повышение температуры и др. Общим и частым признаком для всех ОРВИ является лихорадка. Нередко сама лихорадка ухудшает состояние больного ребенка и даже может вызвать развитие критических ситуаций. Поэтому необходимо своевременно и грамотно снижать температуру тела ребенка с учетом принципов рациональной жаропонижающей терапии.

Лихорадка – самый частый повод для применения различных лекарств у детей: любой ребенок хотя бы один раз в год страдает тем или иным заболеванием, сопровождающимся повышением температуры тела. Случаи инфекционной лихорадки у детей можно разделить на три основных категории (ВОЗ, 2006) [1]:

- без локальных симптомов (малария, септицемия, брюшной тиф, инфекции мочевой системы, ВИЧ);

- с локальными симптомами, но без сыпи (ОРВИ, пневмония, отит, синусит, менингит, мастоидит, остеомиелит, септический артрит, инфекции кожи и мягких тканей, абсцесс глотки);

- с сыпью (вирусные инфекции, корь, менингококковая инфекция и др.).

Для дифференциальной диагностики ОРВИ/гриппа или других заболеваний, протекающих с синдромом гипертермии, у ребенка с лихорадкой особое внимание необходимо обратить на:

- продолжительность лихорадки;
- кожную сыпь;
- ригидность затылочных мышц и боль в шее;
- головную боль;
- боль при мочеиспускании;
- боль в ухе;
- недавнее посещение района распространения *Plasmodium falciparum*.



Выбор терапевтической тактики при лихорадке у детей определяется целым комплексом клинических и анамнестических факторов. При этом особо следует отметить недопустимость шаблонного подхода. В каждом конкретном случае необходимы не только поиск причин гипертермии и оценка состояния ребенка, но и анализ особенностей его пре-морбидного фона. Следует подчеркнуть, что принятие решения о необходимости использовать антипиретики при ОРВИ не должно быть основано только на «показателях градусника». Нельзя ориентироваться только на уровень лихорадки! Должны быть оценены все клинические симптомы, самочувствие ребенка. Прежде всего необходимо выяснить причину повышения температуры тела и определить, нуждается ли ребенок в оказании неотложной помощи.

Показания к снижению температуры тела у детей зависят от возраста ребенка и сопутствующих заболеваний [2, 3]:

- у детей до 3 месяцев жизни повышение температуры  $>38^{\circ}\text{C}$ ;
- у ранее здоровых детей в возрасте  $\geq 3$  месяцев:
  - при температуре  $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ;

- и/или при мышечной ломоте, головной боли или при шоке;

- у детей с фебрильными судорогами в анамнезе при температуре  $\geq 38-38,5^{\circ}\text{C}$ ;
- у детей с тяжелыми заболеваниями сердца, легких, ЦНС при температуре  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ .

Однако, если у ребенка на фоне лихорадки, независимо от уровня температуры тела (даже до  $38,0^{\circ}\text{C}$ ), отмечается ухудшение состояния, имеются озноб, миалгии, плохое самочувствие, бледные и сухие кожные покровы, холодные дистальные отделы конечностей и другие проявления токсикоза («бледный вариант лихорадки»), антипиретическая терапия должна быть назначена незамедлительно.

Антипиретики не должны назначаться для регулярного «курсового» лечения, то есть для приема несколько раз в день вне зависимости от уровня температуры. При такой тактике резко искажается истинная температурная кривая, что затрудняет диагностику бактериальной инфекции (например, пневмонии, остеомиелита и др.). Жаропонижающие препараты нежелательно сочетать с антибактериальными средствами, так как это затрудняет оценку их эффективности. Невозможно оценить эффект снижения температуры тела на

фоне приема антибиотиков, который чаще всего является единственным признаком эффективности антибактериального лечения [4, 5].

Выбор жаропонижающего средства у детей с лихорадкой основывается, прежде всего, на безопасности используемых лекарственных препаратов, адекватности доз и соотношения эффективности и безопасности.

Общие принципы жаропонижающей терапии у детей:

- Должны применяться только наиболее безопасные жаропонижающие лекарственные средства.

- Препаратами выбора при лихорадке у детей являются парацетамол и ибупрофен (ВОЗ).

- Назначение метамизола натрия возможно только в случае непереносимости других жаропонижающих препаратов или при необходимости их парентерального введения.

- Назначение жаропонижающих препаратов при субфебрильной лихорадке показано только детям с высоким риском развития осложнений.

- Жаропонижающие препараты у здоровых детей при благоприятном варианте температурной реакции показаны при аксилярной температуре тела  $>39^{\circ}\text{C}$ .

- Недопустимо курсовое использование антиpirетиков с жаропонижающей целью.

- Противопоказано назначение жаропонижающих препаратов при «невоспалительных» лихорадках (центральная, нейрогуморальная, рефлекторная, обменная, медикаментозная и др.).

Для лечения лихорадки используются две основные группы жаропонижающих препаратов: нестероидные противовоспалительные средства (ибупрофен, нимесулид, ацетилсалициловая кислота) и анальгетики-антиpirетики (метамизол натрия, парацетамол) [2, 3, 5]. Однако в педиатрической практике для ряда из них имеются существенные ограничения, связанные с современными данными, касающимися профиля безопасности препаратов. Практически в

по-вседневной практике используются два основных препарата – ибупрофен и парацетамол, поскольку у остальных имеется большое количество опасных осложнений. Например, у детей до 14 лет вообще запрещено применять ацетилсалициловую кислоту (аспирин). Применение метамизола натрия (анальгина) в качестве жаропонижающего средства не рекомендовано экспертами ВОЗ, поскольку он может вызвать агранулоцитоз, а также шок при быстром снижении повышенной температуры тела до нормальных цифр. Использование препарата показано только в неотложных ситуациях парентерально по 0,1 мл на год жизни 50% раствора. Нимесулид не зарегистрирован в большинстве стран Европы, в США, Канаде, Австралии, поскольку установлена причинно-следственная связь между приемом нимесулида и гепатотоксическими эффектами (желтуха – в 90% случаев) [7].

Парацетамол назначается в разовой дозе 10–15 мг/кг в сутки, его максимальное действие наступает через 30–60 минут и длится в среднем до 4 часа. В последнее время появились интересные данные по результатам международного исследования аллергии и астмы у детей (205 487 детей в возрасте 6–7 лет), в ходе которого была выявлена связь между использованием парацетамила в качестве жаропонижающего средства у детей 1-го года жизни и увеличением риска (в 1,61–3,23 раза) возникновения симптомов бронхиальной астмы при достижении детьми 6–7-летнего возраста [8], что было связано с истощением глутатиона слизистой дыхательных путей, которое может повысить чувствительность к действию оксидантов. Очевидно, что исследования в этом направлении будут продолжаться, однако Американская академия педиатров рекомендует избегать применения парацетамила у детей с астмой [9].

Ибупрофен (**Нурофен® для детей**) используется в разовой дозе 5–10 мг / кг массы тела (максимальная суточная доза не более 30 мг/кг/сут.), что подтверждено результатами метаанализа,

включавшего 17 слепых рандомизированных клинических исследований [10], он начинает действовать быстрее начиная с 15-й минуты после приема препарата, а жаропонижающий эффект длится дольше – до 8 часов.

Преимущество ибuproфена (**Нурофена® для детей**) особенно выражено у детей с высокой лихорадкой  $\geq 39,1^{\circ}\text{C}$ , что имеет важное клиническое значение при гриппе и ОРВИ. Так, по современным данным, ибuproфен при лихорадке не уступает по эффективности препаратам метамизола натрия для внутримышечного введения [11]. Необходимо учитывать, что ибuproфен блокирует циклооксигеназу как в ЦНС (центральное действие), так и в очаге воспаления (периферический механизм), что и обуславливает его не только жаропонижающий эффект, но и противовоспалительный эффект, в отличие от парацетамола, у которого данный эффект практически отсутствует. Также в результате действия **Нурофена® для детей** уменьшается фагоцитарная продукция медиаторов острой фазы, в том числе эндогенного пирогенна – ИЛ-1.

Болеутоляющее действие проявляется уже в дозе 5 мг/кг и существенно более выражено по эффекту и длительности (до 8 часов), чем у парацетамола и других антипиретиков, повторное использование которых требуется уже через 4 часа. Выраженный обезболивающий эффект особенно важен, если заболевание сопровождается болью в горле, ушах, головной или мышечной болью, что часто отмечается при бактериальных осложнениях ОРВИ и гриппа. Таким образом, ибuproфен улучшает самочувствие ребенка, а вместе с этим его сон, что позволяет организму бороться с болезнью. Препарат можно использовать при постпрививочных реакциях, сопровождающихся болевым и гипертермическим синдромами, при боли и лихорадке при синдроме прорезывания зубов, при болевом синдроме при травмах.

Существует несколько форм выпуска **Нурофена® для детей**, что позволяет врачу назначать препарат детям разного возраста:

- детям с 3 месяцев до 2 лет рекомендуется использовать ректальные суппозитории, которые содержат 60 мг ибuproфена. Преимущества данной формы в быстром эффекте (не позднее 30 минут после применения), за счет большой поверхности всасывания и биодоступности. Свечи не раздражают слизистую желудка и кишечника, ректальные суппозитории **Нурофен® для детей** можно вставить малышу даже во сне;

- с 2 до 6 лет – суспензию с клубничным или апельсиновым вкусом (в 5 мл 100 мг ибuproфена), который так нравится малышам. Точное дозирование препарата и облегчение приема достигается благодаря удобному мерному шприцу. Также немаловажно, что при приеме суспензии **Нурофен® для детей** температура снижается постепенно с необильным потоотделением, что резко уменьшает развитие коллапса. Форма сиропа не содержит искусственных красителей и сахара и может применяться у детей-аллергиков и детей, страдающих сахарным диабетом 1-го типа;

- с 6 лет (детям с весом более 20 кг) – таблетки для детей, которые содержат 200 мг ибuproфена. Детям постарше уже не очень удобно давать суппозитории. А таблетка **Нурофена® для детей** имеет обтекаемую форму и покрыта глазурью, что удобно при глотании для детей младшего школьного и школьного возраста.

Таким образом, препараты из линейки **Нурофен® для детей** обладают высокой эффективностью и безопасностью и могут быть использованы при лихорадке любого генеза, но особенно при тяжелых формах различных ОРВИ, в том числе и гриппа. **Нурофен® для детей**, обладающий жаропонижающим, обезболивающим и противовоспалительным эффектами, разрешен к безрецептурному применению у детей с 3 месяцев жизни. **Нурофен® для детей** обладает хорошими вкусовыми качествами, и хорошо переносится детьми разного возраста и может быть рекомендован педиатром родителям с полным правом как основной компонент домашней аптечки. 

*Список литературы находится в редакции.*