

СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ЛИХОРАДОЧНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Д.И. Зелинская, проф., **С.Я. Сарычева**, канд. мед. наук,
Р.Н. Терлецкая, докт. мед. наук

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

E-mail: rterletskaia@mail.ru

Рассмотрены биологические механизмы развития лихорадки, а также принципы организации ухода за ребенком с лихорадочным состоянием. Приводятся рекомендации по доврачебной медицинской помощи ребенку с высокой температурой тела.

Ключевые слова: сестринская помощь, лихорадка, домашний уход, дети, жаропонижающие средства.

Самой распространенной причиной лихорадки у детей является вирусная инфекция (95–97% случаев), а в структуре вирусных инфекций главное место занимают острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ).

ОРВИ называют группу самых распространенных заболеваний дыхательных путей, вызываемых различными вирусами. В основном данные вирусы локализуются и размножаются в эпителии дыхательного тракта. К числу наиболее частых возбудителей ОРВИ относятся вирусы гриппа, парагриппа, аденовирус, риновирус, респираторно-синцитиальный вирус, коронавирус. В период эпидемических вспышек вирусы гриппа могут на 30% определять структуру возбудителей ОРВИ.

В Российской Федерации ежегодно регистрируется 18–20 млн случаев ОРВИ у детей, причем наиболее высокий уровень заболеваемости – у детей раннего возраста, преимущественно от 6 мес до 3 лет.

Практически все случаи ОРВИ у детей протекают с повышением температуры тела, зачастую – до высоких цифр, что служит самым частым поводом для обращения в поликлинику, вызова неотложной помощи и самостоятельного применения лекарств родителями. Большинство родителей считают подъем температуры у ребенка крайне опасным признаком и стремятся в первую очередь снизить ее и удерживать на нормальном уровне.

Нормальная температура тела здорового ребенка колеблется в течение дня от 36,0 до 36,9°C при измерении в подмышечной или подвздошной областях. Ректальная температура выше на 0,5–0,7°C. Температура тела минимальна в 4–5 ч утра, максимальна – в 17–19 ч. Разница между ними может составлять у младших детей до 0,6°C, у более старших – 0,3°C. Особенно лабильна температура у детей первого полугодия жизни.

Постоянство температуры тела обеспечивается благодаря равновесию между теплопродукцией и теплоотдачей. Тепло в организме образуется в процессе обмена веществ, при работе мышц. Теплоотдача осуществ-

ляется путем: передачи тепла окружающему воздуху, непосредственно контактирующим с телом предметам (в том числе одежде) и посредством испарения воды с поверхности кожи.

Таким образом, количество тепла уменьшается при охлаждении кожи и резко увеличивается при расширении кожных сосудов и испарении пота. Эти взаимосвязанные процессы называются терморегуляцией, они контролируются специальным центром в гипоталамической области головного мозга.

При ОРВИ вирусы и продукты их жизнедеятельности (пирогены) путем сложных патофизиологических механизмов изменяют работу терморегуляторного центра, повышая температуру тела и вызывая лихорадку. Современная медицина расценивает лихорадку как защитно-приспособительную реакцию организма, возникающую в ответ на воздействие патогенных раздражителей и характеризующуюся перестройкой терморегуляции, приводящей к повышению температуры тела. Температура тела повышается вследствие одновременного повышения теплопродукции в результате усиления обмена веществ и ограничения теплоотдачи из-за сужения сосудов кожи и снижения скорости кровотока в периферических капиллярах.

В медицинской литературе отмечается положительная биологическая роль лихорадки в инфекционно-воспалительном процессе. Многие вирусы и бактерии гибнут или частично утрачивают способность к размножению при повышении температуры тела. Параллельно под влиянием умеренной лихорадки усиливаются защитные механизмы благодаря стимуляции фагоцитоза и повышению активности лимфоцитов, вырабатывающих антитела.

В педиатрической практике в зависимости от степени повышения температуры принято выделять следующие типы лихорадки:

- субфебрильную – 37,2–38°C;
- низкую фебрильную – 38,1–39°C;
- высокую фебрильную – 39,1°C и выше;
- гипертермическую – свыше 41,1°C.

Наиболее опасна гипертермическая лихорадка, которая зачастую приводит к отеку мозга и судорогам. Кроме того, лихорадка при ОРВИ опасна: детям первых 2 мес жизни, у которых быстро развиваются жизнеугрожающие состояния из-за нарушения обмена веществ; детям в возрасте от 6 мес до 3 лет, если раньше у них отмечались судороги при повышении температуры; детям с тяжелыми легочными или сердечно-сосудистыми заболеваниями (последние относятся к группе риска).

Практика свидетельствует о том, что лихорадка у детей протекает по-разному даже при одинаковом уровне температуры. Высота лихорадки не всегда соответствует тяжести заболевания. Если при повышении температуры тела теплоотдача соответствует теплопродукции, это свидетельствует об адекватном течении лихорадки (так называемая «**розовая лихорадка**»), что проявляется нормальным поведением и удовлетворительным самочувствием, розовой окраской кожи, влажной и теплой на ощупь. Это – благоприятный по течению тип лихорадки.

Когда при повышении температуры тела теплоотдача не соответствует (ниже) теплопродукции из-за нарушения периферического кровообращения, лихорадка приобретает неадекватное течение: отмечаются озноб, нарушение состояния и самочувствия, так как вследствие сужения капилляров кожи появляются «мраморный» рисунок кожных покровов, акроцианоз, стопы и ладони становятся холодными на ощупь. Учитывая цвет кожных покровов, такую лихорадку принято называть «**бледной**», или «**серой**». Прогноз данного состояния – неблагоприятный, необходимо срочно оказать неотложную помощь. Приведенные клинические симптомы, как правило, развиваются у детей с отягощенным преморбидным фоном и могут привести к декомпенсации сердечно-сосудистой и дыхательной систем, спровоцировать приступ судорог, развитие токсического синдрома. Большую роль в истощении компенсаторных механизмов играет возраст ребенка: чем он моложе, тем подъем температуры для него опаснее в связи с высоким риском развития отека мозга.

При большинстве респираторных инфекций температура тела редко бывает выше 39°C в течение 1–2 дней, что не таит в себе какой-либо угрозы для ребенка старше 3 мес, ранее здорового. Для улучшения самочувствия обычно бывает достаточно снизить температуру на 1–1,5°C. Больному следует обеспечить покой, обильное питье и увлажнение воздуха, предотвращающие дегидратацию, усилить теплоотдачу.

Доврачебная помощь заключается в проведении жаропонижающих мероприятий. Согласно рекомендациям ВОЗ, жаропонижающие средства исходно здоровым детям следует давать при температуре тела >38,5°C, в том числе:

- при «розовом» типе лихорадки: ранее здоровым детям старше 3 мес – при температуре 38,5°C и выше; детям из группы риска – при 38,0°C;
- при «сером» типе лихорадки: ранее здоровым детям – при 38,0°C; детям из группы риска – при 37,5°C (указана температура, измеренная в подмышечной или паховой областях).

При благоприятном, «розовом» типе лихорадки начинают снижение температуры физическими методами, которые не дают нежелательных побочных эффектов:

- следует раздеть ребенка, можно обдуть его вентилятором;
- обтереть кожные покровы салфеткой, смоченной водой температуры 25–30°C (испарение воды усиливает теплоотдачу и тем самым снижает температуру тела);
- положить грелку с холодной водой и кусочками льда на крупные периферические сосуды (паховая область) или пузырь со льдом на расстоянии 3–4 см от головы;

- поставить очистительную клизму с прохладной водой;
- при отсутствии эффекта (снижение температуры на 1–1,5°C) после применения физических методов охлаждения следует дать жаропонижающий препарат в возрастной дозировке.

В России в качестве жаропонижающих безрецептурных средств, применяющихся у детей, лицензированы **парацетамол** и **ибупрофен**. **Парацетамол** рекомендован как **препарат 1-го выбора** с 3 мес (раствор – с 1 мес по назначению врача), **ибупрофен** – с 6 мес (с 3 мес – по назначению врача) – их действие эквивалентно в дозе 15 и 7 мг/кг на прием соответственно. При оценке эффективности парацетамола отмечено оптимальное соотношение максимум эффекта/минимум безопасности. В растворе он действует через 20–30 мин, эффект сохраняется 3–4 ч. Повторную дозу можно ввести только после нового подъема температуры. При тошноте, рвоте парацетамол вводят в свечах. При этом его действие начинается примерно через 2 ч и держится в течение 6 ч. **Ибупрофен** может применяться в качестве стартовой терапии в тех случаях, когда назначение парацетамола малоэффективно или в анамнезе имеются сведения о гиперчувствительности к нему.

При «бледном», «сером» типе лихорадки необходимы срочная консультация и наблюдение врача. На доврачебном этапе следует незамедлительно ввести жаропонижающий препарат внутримышечно (50% анальгин) в возрастной дозировке – 5 лет – 0,5 мл, 10 лет – 1 мл, и кроме того, препарат, расширяющий периферические сосуды (папаверин, но-шпу), и энергично растереть кожу до покраснения для восстановления теплоотдачи. При необходимости в последующем следует применять физические методы охлаждения, обеспечить врачебное наблюдение.

Учитывая, что абсолютное большинство детей с ОРВИ лечатся в амбулаторных условиях, чрезвычайно важна разъяснительная работа с родителями – консультирование, которое проводит медсестра. Она объясняет матери, что, как и зачем надо делать, помогая ребенку справиться с лихорадкой. Важно, чтобы родители понимали информацию и выполняли все рекомендации.

Медсестра несет ответственность за обучение матери обеспечению домашнего ухода. Невозможно переоценить роль участковой медсестры при лечении ребенка на дому. Она обсуждает с родителями меры по уходу за ребенком во время лихорадки, основываясь на принципах современной медицины, учитывая возрастные особенности больного и конкретные клинические проявления.

Хорошо организованный домашний уход означает, что мать будет правильно кормить ребенка и увеличит количество жидкости, чтобы предотвратить развитие недостаточности питания и дегидратацию, ухудшающую его состояние. Обтирание способствует снижению температуры тела. Для усиления теплоотдачи ребенка раздевают и обтирают водой комнатной температуры. Нельзя использовать спиртосодержащие жидкости или ледяную воду; так как они быстро снижают температуру кожи, что приводит к спазму сосудов и уменьшению теплоотдачи.

Медсестре необходимо знать «грозные» симптомы – появление затрудненного и учащенного дыхания, рвоты

или неспособности пить, судорог, слабости. О возможности этих явлений следует рассказать родителям и сообщить им, что в подобных случаях надо срочно обратиться за медицинской помощью.

Следует рекомендовать матери при любой лихорадке (37,5°C и выше) легко одевать ребенка. Если кутать ребенка или надевать много вещей, больной будет чувствовать себя дискомфортно, и лихорадка может усилиться. В случае высокой лихорадки ребенок лучше себя чувствует и лучше ест, если снизить температуру с помощью физических методов охлаждения и жаропонижающих медикаментов. Однако, если ребенок при лихорадке жалуется на ощущение холода или у него озноб, его надо согреть, укрыв одеялом, а при ощущении жара – освободить от лишней одежды и переодеть в сухое хлопчатобумажное белье. На лоб можно положить смоченную в холодной воде салфетку и часто ее менять.

Очень важен вопрос: как кормить ребенка? Во время болезни дети должны получать богатую питательными веществами и калориями пищу, предпочтительно – овощные и фруктовые блюда, каши. В зависимости от возраста это могут быть детские смеси из злаков и овощей или смеси из злаков и мяса или рыбы. Калорийность можно увеличить, добавляя растительное масло. Если ребенку менее 4–6 мес и его еще не начали прикармливать, рекомендуется чаще прикладывать малыша к груди.

После болезни следует увеличить количество пищи, давая дополнительную порцию на протяжении недели или дольше.

Поскольку в наших аптеках многие лекарства отпускаются без рецепта, родителей необходимо информировать об опасности большинства применяемых ранее жаропонижающих средств. Так, в настоящее время **не используется аспирин** ввиду доказанной его связи с развитием тяжелых поражений мозга и печени. Как безрецептурные жаропонижающие средства из-за опасности развития осложнений со стороны крови не рекомендуются **анальгин, пирамидон, фенацетин**. Анальгин как жаропонижающее средство применяют парентерально

по особым показаниям для быстрого снижения температуры. Не рекомендуются также свечи «Цефекон», «Цефекон Н», «Цефекон М», «Найз», которые широко использовались ранее, и некоторые родители «по-старинке» продолжают это делать, несмотря на возможность их негативного влияния на кроветворение и вероятность других отрицательных последствий.

Рекомендуемая литература

Григорьев К.И. Простудные заболевания, лихорадка и антипиретики у детей // Мед. помощь. – 2005. – № 5. – С. 6–10.

Захарова И.Н., Заплатников А.Л. Современные терапевтические подходы к купированию лихорадки у детей // Практика педиатра. – 2009; 2: 54–56.

Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Захарова И.Н. Лихорадка у детей. Рациональный выбор жаропонижающих лекарственных средств. – М., 2000. – 67 с.

Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика // Научно-практическая программа Союза педиатров России. – М., 2002. – 69 с.

Рациональное применение антипиретиков у детей // Пособие для врачей. – М., 2004. – 45 с.

Таточенко В.К. Лихорадка и борьба с ней – клинические рекомендации // Практика педиатра. – 2005; 10: 22–25.

Энциклопедия лекарств – регистр лекарственных средств России. – М.: ООО «РАС-2006», 2006. – 569 с.

NURSING CARE TO CHILDREN WITH FEBRILE STATES
Prof. D.I. Zelinskaya; S.Ya. Sarycheva, Cand. Med. Sci.;
R.N. Terliitskaya, MD
Russian Medical Academy of Postgraduate Education,
Moscow

The biological mechanisms of fever development and the principles in organizing care of a child with a febrile state are considered. Recommendations for premedical care to a feverish child are given.

Key words: nursing care, fever, home care, children, antipyretics.