

П.В. Рык, С.А. Царькова

К ВОПРОСУ О ТЕРМИНОЛОГИИ СОСТОЯНИЙ С ПОВЫШЕНИЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Росздрава
МУ ССМП им. В.Ф. Капиноса г. Екатеринбург

Резюме

В статье представлены результаты ретроспективного исследования, проведенного на базе МУ ССМП им. В.Ф. Капиноса г. Екатеринбурга в 2006 году. Обработано 2 478 карт вызовов, обслуженных педиатрическим отделением СМП в марте 2006 года. Из них были отобраны 1 660 карт, содержащих сведения о повышении температуры тела равном или превышавшем 37,3°C. Учитывались паспортные данные, диагнозы (основной и сопутствующие), осложнения, основные клинические показатели (температура тела и другие), проведенная терапия. В ходе исследования выявлены особенности использования врачами СМП терминологии состояний с повышением температуры тела у детей.

Ключевые слова: лихорадка, гипертермия, гипертермический синдром.

Актуальность

Повышение температуры тела является одним из наиболее частых симптомов детских болезней и в большинстве случаев свидетельствует о наличии у ребенка лихорадки. Вызывая беспокойство родителей, повышение температуры тела становится основной причиной вызовов бригады скорой помощи и участкового педиатра на дом [8].

МУ ССМП им. В.Ф. Капиноса – одно из крупнейших ЛПУ г. Екатеринбурга, обслуживающее около 350 тыс. пациентов в год, из которых около 50 тыс. – дети. Анализ ретроспективных данных показал, что основной причиной вызова к детям является повышение температуры тела (по внутренней классификации – повод 32). На его долю приходится более 40% вызовов педиатрических бригад и 7% всех вызовов СМП в нашем городе.

В условиях СМП г. Екатеринбурга сложилась традиционная система оказания антипиретической помощи детям, имеющая ряд недостатков, в том числе, в классификации и использовании терминологии состояний с повышением температуры тела, оценке тяжести состояния детей и обоснованности назначения жаропонижающей терапии.

Медицинским руководством СМП была инициирована работа по исследованию данной системы и внесению в нее изменений с учетом современных требований оказания антипиретической помощи детям с лихорадкой. Проходившая под теоретическим руководством кафедры детских инфекционных болезней и клинической иммунологии ГОУ ВПО Росздрава, работа имела новаторский характер, а ее результаты были внедрены в практику выездных бригад, что дает право считать МУ ССМП г. Екатеринбурга лидером в пересмотре подхода к проведению антипиретической терапии у детей на догоспитальном этапе.

В настоящей статье обсуждаются вопросы терминологии состояний с повышением температуры тела в условиях СМП г. Екатеринбурга. Собственные данные о сравнительной

термометрии, клинической и фармако-экономической эффективности антипиретических программ у детей были опубликованы ранее [9, 10, 11].

Одной из важных составляющих медицинской практики является семиотика и этимология. Обзор доступной литературы показал, что часто при описании состояний с повышением температуры тела термины, обозначающие разные патологические процессы, используются как синонимы [3, 5, 7, 12, 13]. Отмечается путаница при использовании терминов *лихорадка*, *гипертермия*, *гипертермический синдром*, нет критериев для разграничения понятий «бледная» и «розовая» лихорадка. Вместе с тем, медицинская энциклопедическая литература и работы по фундаментальным медицинским направлениям, международная классификация болезней X-го пересмотра не допускают такого вольного использования терминологии [2, 6, 16, 17].

Цель исследования – анализ адекватности применения терминологии состояний с повышением температуры тела у детей на этапе оказания скорой медицинской помощи.

Материалы и методы исследования

Для достижения поставленной цели в 2006 году проведено контролируемое открытое ретроспективное исследование, посвященное сбору и анализу данных по обращаемости населения г. Екатеринбурга за неотложной помощью в службу СМП. Методом сплошной выборки обработаны все карты вызовов, обслуженных педиатрическим отделением СМП в марте 2006 года. Всего обработано 2478 карты вызова, из них отобраны 1660, содержащих сведения о повышении температуры тела равном или превышавшем 37,3°C. Средний возраст детей составил $40,9 \pm 0,92$ мес. В выборке преобладали мальчики 54,8 % (n = 910). Средний уровень повышения температуры тела составил $38,3 \pm 0,02$ °C.

Результаты и их обсуждение

Используя традиционную классификацию лихорадки по уровню повышения температуры тела, мы получили следующее распределение пациентов (рисунок).

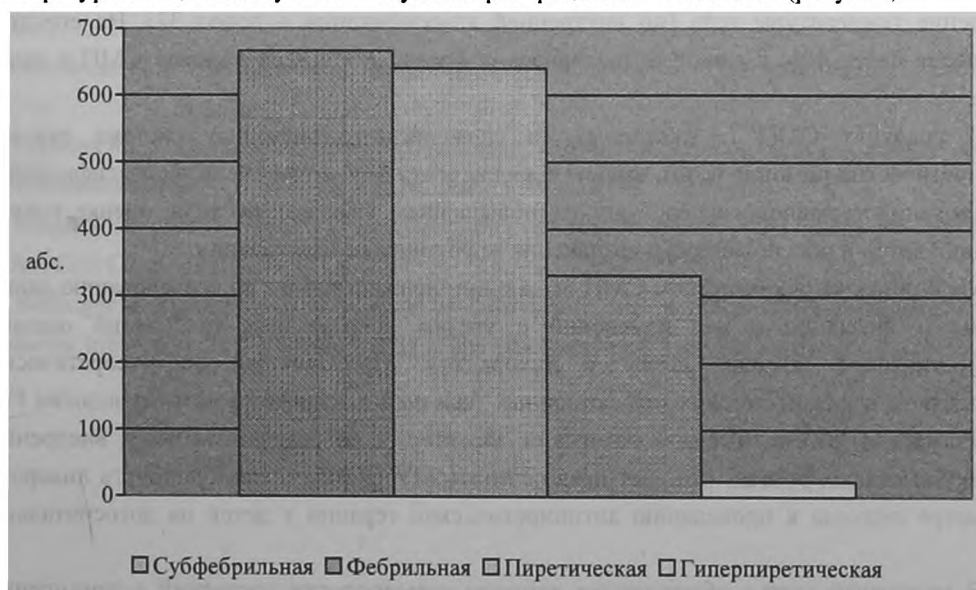


Рис. Распределение пациентов по уровню повышения температуры тела

Как показано на рис. 1, у 40,1% (n = 666) детей температура тела была субфебрильной, у 38,5% (n = 640) – фебрильной, 20% (n = 331) – пиретической, у 1,4% (n = 23) – гиперпиретической.

Соотношение детей с "бледной" и "розовой" лихорадкой установить не удалось, так как указаний на ее вариант ни в одной из карт вызова при ретроспективном анализе мы не обнаружили.

Отражение диагноза и осложнений в СМП осуществлялось в виде кода и его письменной расшифровки. В 36,3% (n = 603) карт вызовов в диагноз было внесено осложнение – код 208, соответствующий гипертермическому синдрому. Применение данного термина также имело особенность. Внося в графу «осложнения» код гипертермического синдрома (код 208), в большинстве случаев врачи писали в той же графе – гипертермия. Число карт вызовов, содержащих в качестве осложнений гипертермический синдром (36,3%, n = 603), практически совпадало с числом карт, где регистрировалась температура тела, равная или превышавшая 38,5 °С (36,8 % или 611 случаев).

Следовательно, сотрудниками СМП отождествлялся не только уровень повышения температуры тела (38,5°С) и гипертермический синдром, но и термины гипертермия и гипертермический синдром. При этом, в 98,8 % (n = 596) наблюдений состояние пациентов было оценено как среднетяжелое, в 0,7 % (n = 4) как удовлетворительное, и только в 0,5 % (n = 3) как тяжелое.

Проведя анализ карт вызовов с осложнением 208, мы установили, что ни в одной из них не было симптомов ни гипертермического синдрома, ни гипертермии. Однако, во всех случаях (100,0%) применения кода 208, пациентам назначалась антипиретическая терапия.

С точки зрения физиологии и патофизиологии терморегуляции, *лихорадка* может быть определена как, *выработанная в процессе эволюции у высших теплокровных животных и человека стадийная типовая терморегуляторная защитно-приспособительная реакция организма на действие пирогенного (повреждающего) фактора, характеризующаяся динамической перестройкой системы терморегуляции, проявляющаяся временным повышением температуры тела независимо от температуры внешней среды* [2, 6, 16].

С *клинической точки зрения лихорадка* – синдром, основным симптомом которого является повышение температуры тела – пирексия (от греч. πυρ – огонь, жар). Неверно ставить равенство между симптомом (повышением температуры тела – пирексией) и симптомами, объединенными единым патогенезом (лихорадкой). Лихорадка является сложным комплексом реакций, направленных на санацию организма. Способность отвечать полноценной лихорадочной реакцией появляется только у высших животных и человека (филогенетическое приобретение) и совершенствуется в процессе индивидуального развития каждого организма в отдельности (онтогенетическое приобретение). Лихорадка как синдром, нашла свое отражение в МКБ 10 (таблица).

Гипертермия (от греч. υπερ над, сверх + θερμ тепло) по своей сути является травмой, возникающей под действием физического (теплового) фактора внешней среды [1, 2, 16, 17], что также отражено в МКБ 10 (таблица 1).

Таблица 1

Классификация состояний с повышением температуры тела в МКБ X

Класс	Блок	Код	Название
XVIII – Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R50-R69 – Общие симптомы и признаки	R50	Лихорадка неясного происхождения
		R50.0	Лихорадка с ознобом
		R50.1	Устойчивая лихорадка
		R50.9	Лихорадка неустойчивая
		R56.0	Судороги при лихорадке
XIX – Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	T66-T78 – Другие и неуточненные эффекты воздействия внешних причин	T67	Эффекты воздействия высокой температуры и света
		T67.0	Тепловой и солнечный удар
XIX – Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	T66-T78 – Другие и неуточненные эффекты воздействия внешних причин	T67.1	Тепловой обморок
		T67.2	Тепловая судорога
		T67.3	Тепловое истощение, обезвоживание
		T67.4	Тепловое истощение вследствие уменьшения содержания солей в организме
		T67.5	Тепловое истощение неуточненное
XIX – Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	T66-T78 – Другие и неуточненные эффекты воздействия внешних причин	T67.6	Тепловое утомление преходящее
		T67.7	Тепловой отек
		T67.8	Другие эффекты воздействия высокой температуры и света
		T67.9	Эффект воздействия высокой температуры и света не уточненный

Термин *гипертермический синдром* не является общепризнанным и отсутствует в энциклопедических изданиях, МКБ 10 и большинстве руководств по неотложной педиатрии.

Нередко данным термином обозначается «бледная» лихорадка [5, 12]. При этом нет указания на качественные отличия данного варианта лихорадки и новым состоянием – гипертермическим синдромом. Ретроспективный анализ в нашем исследовании показал, что, как правило, дифференциально-диагностическим критерием между синдромом лихорадки и гипертермическим синдромом является лишь уровень повышения температуры тела (38,5°C), что, конечно, не верно. Основываясь на немногочисленных источниках, поддерживающих выделение *гипертермического синдрома* [15], мы определяем его как, *тяжелое (или крайне тяжелое) общее состояние с признаками инфекционного токсикоза (различные степени изменения сознания), нарушения (централизации) кровообращения и повышением температуры тела.*

Лихорадка - закономерное проявление любого инфекционного заболевания, аллергической реакции или некоторых травм. В тоже время, гипертермический синдром - всегда нежелательный вариант течения инфекционного заболевания, его осложнение. В большинстве случаев лихорадка (без учета этиологического лечения) требует только правильного ухода за пациентом, гипертермический синдром – интенсивной, иногда реанимационной терапии. Без качественных клинических признаков (тяжелое состояние, изменение со стороны ЦНС и ССС), такой количественный признак, как повышение температуры тела не может определять два разных состояния (лихорадку и гипертермический синдром одновременно). В некоторых источниках состояние, аналогичное гипертермическому синдрому, принято обозначать как нейротоксикоз (токсическая энцефалопатия) или острый инфекционный токсикоз [4, 14]. Мы поддерживаем подобный подход, так как между данными терминами нет принципиального отличия. Однако термин «нейротоксикоз» в большей степени ориентирует врача на ведущий элемент патогенеза данного тяжелого состояния.

Заключение

Как показало исследование, в практической деятельности врачей Скорой помощи не всегда используется корректная терминология состояний с повышением температуры тела у детей. Не исключено, что подобная практика складывается из-за использования данной терминологии в статьях и руководствах по педиатрии. Однако энциклопедическая литература и руководства по фундаментальным медицинским направлениям, а так же МКБ X-го пересмотра показывают, что в практической деятельности врачей СМП и при изложении данных в периодической литературе и руководствах, произошло отхождение от корректных терминов и правильной классификации состояний с повышением температуры тела у детей.

Использование правильных, отражающих суть патогенеза терминов, является ключом к пониманию между коллегами и важно при обучении и передаче знаний.

Список использованной литературы:

1. Интенсивная терапия в педиатрии. Под ред. В.А. Михельсона. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003.
2. Литвицкий П.Ф. Патофизиология /П.Ф. Литвицкий. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – Т. 1. – 752 с.
3. Молочный В.П., Рзянкина М.Ф., Жила Н.Г. Педиатрия: неотложные состояния у детей. Ростов н/Д: Феникс, 2007.

4. Неотложная педиатрия. Под ред. Б.М. Блохина. М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2005.
5. Неотложная терапия: учебное пособие. Под ред. В.Н. Чернышова. М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2006.
6. Патологическая физиология /под ред. Н.Н. Зайко, Ю.В. Быца. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 640 с
7. Петрушина А.Д. и др. Неотложные состояния у детей. М.: «Медицинская книга», 2002.
8. Рык П.В. Клиническая и фармако-экономическая эффективность антипиретической терапии у детей на этапе скорой медицинской помощи. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2009.
9. Рык П.В., Царькова С.А., Ваисов Ф.Д. Лихорадка у детей. Сравнительная оценка клинической эффективности и безопасности антипиретиков у детей на этапе скорой медицинской помощи. Материалы научно-практической конференции, посвященной 85-летию станции скорой медицинской помощи имени В.Ф. Капиноса, 2008: 121-133.
10. Рык П.В., Царькова С.А. Проблема выбора антипиретика для ребенка с лихорадкой или *Primum non nocere*. Уральский медицинский журнал, 2008; 13: 68-74.
11. Рык П.В., Царькова С.А. Термометрия – актуальные вопросы рутинного исследования. Уральский медицинский журнал, 2008; 4: 85-89.
12. Тимошенко В.Н. Экстренная помощь новорожденным детям: учебное пособие. Ростов н/Д.; Красноярск: Издательские проекты, 2007.
13. Учайкин В.Ф., Молочный В.П. Неотложные состояния в педиатрии: практическое руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.
14. Цыбулькин Э.К. Угрожающие состояния у детей. Экстренная врачебная помощь: Справочник. 3-е изд. СПб.: СпецЛит, 2003.
15. Штайнигер У., Мюлендаль К.Э. Неотложные состояния у детей: Пер. с нем. Мн.: Медтраст, 1996.
16. <http://www.ru.wikipedia.org>
17. <http://slovari.yandex.ru>

И.А. Семишева, Л.Н.Юровская, Ю.А. Трунова, Д.М. Андреева

**КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СОСТОЯНИЕ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
I ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ**

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Росздрава

Кафедра педиатрии ФПКипП

Детская городская больница №11 г. Екатеринбург

Резюме

Проведено клинико-anamнестическое обследование детей в возрасте от 7 до 14 лет, не состоящих на учете у врача кардиолога и относимых врачами-педиатрами к I группе здоровья. Изучено состояние сердечно-сосудистой системы по показаниям АД, ЭКГ и ЭХО-КГ. Выявлены различные нарушения сердечного ритма, требующие проведения курсов медикаментозной терапии, ограничения физических нагрузок и участия в соревнованиях.