

ЛОКАЛЬНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Діагноз: Гіпертермія (Гарячка невідомого походження)

Код МКХ-10:

R50 Гарячка невідомого походження

Виключені: гарячка невідомого походження (під час)(у):

- пологів (O75.2)
- новонародженого (R81.9)
- післяпологова гарячка БДВ (O86.4)

R50.0 Гарячка з ознобом

R50.9 Гарячка неуточнена

Виключені:

- злякисну гіпертермію, пов'язану з анестезією (T88.3).

Надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі здійснюється:

бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, лікарями відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатoproфільних лікарень, які входять у систему екстреної медичної допомоги.

Медична допомога на догоспітальному етапі повинна бути надана пацієнтам з гіпертермією у перші хвилини від початку розвитку ознак захворювання.

Пацієнтам з гіпертермією необхідно забезпечити термінову госпіталізацію, в першу чергу, в центри (відділення), де можливе проведення вторинної медичної допомоги в період найбільших терапевтичних можливостей.

Швидка діагностика ознак гіпертермії на догоспітальному етапі скорочує час для встановлення діагнозу та транспортування пацієнта у відповідні ЗОЗ.

ДЛЯ БРИГАДИ ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Положення протоколу

Норматив прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події становить у містах-10 хвилин, у населених пунктах поза межами міста – 20 хвилин з моменту надходження звернення до диспетчера оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Діагностичне та клінічне обстеження пацієнта фіксується у Карті виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о).

Обґрунтування

Рання діагностика та госпіталізація пацієнтів з ознаками гіпертермії у спеціалізовані ЗОЗ зменшує смертність внаслідок цього симптому, покращує результати лікування пацієнтів.

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Збір анамнезу

1.1. Збір анамнезу захворювання:

- 1.1.1. Встановити величину температури тіла.
- 1.1.2. Встановити чи супроводжувалося підвищення температури тіла симптомами інтоксикації.
- 1.1.3. Встановити тривалість підвищення температури тіла.
- 1.1.4. Звернути увагу на можливу наявність сипу.
- 1.1.5. Звернути увагу на можливі зміни з боку наступних органів і систем:
 - Суглоби - розпухання і болючість (бурсити, артрити, остеомієліт).
 - Молочні залози - пальпаторне виявлення пухлиновидного отвору, болючості, виділень з сосків.
 - Легені - вислуховуються вологі хрипи (можливі при пневмонії), ослаблення дихання (плеврит).
 - Серце - шуми при аускультатії (можливий бактеріальний ендокардит, міокардит, міксосома передсердя).
 - Живіт - має значення виявлення при пальпації збільшення органів черевної порожнини, хворобливості, виявлення пухлиноподібних утворень.
 - Урогенітальна зона: у жінок - патологічні виділення з шийки матки; у чоловіків - виділення з уретри.
 - Пряма кишка - патологічні домішки в калі, додаткові утворення, наявність крові при пальцевому дослідженні.
 - При неврологічному дослідженні можуть виявлятися ознаки інфекції

центральної нервової системи (ЦНС), такі як менінгізм або вогнищеві неврологічні порушення.

1.2. Збір анамнезу життя:

- 1.2.1. Встановити оточення пацієнта, контакт з інфекційними хворими.
- 1.2.2. З'ясувати можливе перебування постраждалого за кордоном, повернення з подорожей.
- 1.2.3. Звернути увагу на можливі епідемії та спалахи вірусних інфекцій.
- 1.2.4. З'ясувати можливі контакти з тваринами.
- 1.2.5. Звернути увагу на улюблені спортивні захоплення.
- 1.2.6. Звернути увагу на фонові захворювання.
- 1.2.7. З'ясувати наявність попередніх оперативних втручань.
- 1.2.8. Звернути увагу на попередній прийом медикаментів.

2. Проведення огляду та фізичного обстеження

- 2.1. Оцінка загального стану та життєво важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE (Додаток №1).
- 2.2. Відповідно до показань усунути порушення життєво важливих функцій організму – дихання, кровообігу.
- 2.3. Візуальна оцінка:
 - 2.3.1. Колір шкірних покривів, вологість, наявність набухання шийних вен.

3. Оцінка стану серцево-судинної та дихальної системи пацієнта

1. Пульс, його характеристика, АТ.
2. ЧД, його характеристика.
3. Вимірювання артеріального тиску на обох руках.
4. Перкусія ділянки серця: звернути увагу на наявність збільшення границь серцевої тупості.
5. Пальпація серця: оцінити верхівковий поштовх та його локалізацію.
6. Аускультация серця та судин.
7. Аускультация легень: наявність/відсутність легеневого дихання, вологих/сухих хрипів.

Слід мати на увазі, що у багатьох пацієнтів з гіпертермією при фізичному обстеженні відхилень від нормальних показників може не бути.

4. Проведення інструментального обстеження

Обов'язкові:

1. Реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях або передача біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ.

Бажані:

1. Пульсоксиметрія (визначення сатурації крові киснем, **норма – 95%**).

Лікувальна тактика

1. Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Положення пацієнта лежачи з піднятими злегка ногами.
2. Проведення оксигенотерапії показане пацієнтам зі зниженням сатурації менше 95%. Інгаляцію зволеним киснем проводити за допомогою маски або через носовий катетер зі швидкістю 3-5 л/хв.
3. Забезпечення венозного доступу.

Усім пацієнтам з гіпертермією у разі виникнення ускладнень показана катетеризація периферичної вени. Венозний доступ проводиться шляхом виконання стандартної процедури венозної пункції з дотриманням заходів асептики/антисептики катетером для внутрішньовенної пункції, який ретельно фіксується пов'язкою.

2. Надання екстреної медичної допомоги

Запам'ятайте! Гарячка з температурою тіла менше 38 °С не потребує лікування, крім хворих з високим ризиком, важкою фоною патологією або її декомпенсацією:

- Ураженням серцево-судинної системи;
- Гіперпіретичними реакціями;
- Гарячкою у дітей молодшого віку, схильних до розвитку судомного синдрому;
- Окремими клінічними випадками захворювань, що вимагають спеціалізованої оцінки, наприклад, при вагітності в акушерській практиці, при лікуванні бактеріального шоку.

Обов'язкові:

1. Парацетамол - 500 мг одноразово.
2. Ацетилсаліцилова кислота - 500 мг одноразово.

При гострих гарячкових станах ацетилсаліцилову кислоту не слід застосовувати до 12 років! Можливий синдром Рея, гастропатичний ефект, зниження функціональної активності тромбоцитів.

3. Диклофенак 3,0 – в/м.
4. Симптоматична терапія: 2 мл 50% розчину метамізолу натрію з 2 мл

дротаверину або 1 мл 3% розчину кеторолаку в/в; діазепам 0,5% 2 мл (сібазон, оксibuтират натрію) при збудженні та судомах.

5. При ознаках набряку головного мозку - дексаметазон 8-32 мг (преднізолон 30-60 мг; в окремих випадках допускається збільшення зазначеної дози, що вирішує лікар індивідуально у кожному конкретному випадку), фуросемід до 4 мл 1% розчину в/в.

6. При наявності ознак гострої дихальної недостатності - алгоритм «Гостра дихальна недостатність».

7. При розвитку інфекційно-токсичного шоку – алгоритм «Гіповодемичний шок».

8. Наркотичні анальгетики: перевага надається морфіну - вводити дробно по 2-5 мг кожні 5-15 хв до припинення болювого синдрому або появи побічної дії (гіпотензії, пригнічення дихання, нудоти, блювоти).

У разі відсутності наркотичних анальгетиків, як виняток, можливе застосування ненаркотичних анальгетиків: розчини метамізолу натрію та діазепаму вводити внутрішньовенно повільно.

Бажані:

Необхідні дії лікаря щодо контролю та корекції артеріального тиску

Обов'язкові:

- Рекомендований контроль рівня АТ.

-Для підвищення АТ перевага надається внутрішньовенному крапельному введенню допаміну зі швидкістю 2-10 мкг/кг/хв. під контролем частоти серцевих скорочень та АТ, який може поєднуватися з внутрішньовенним крапельним введенням добутаміну, починаючи з дози 2,5-5 мкг/кг/хв.

-Для зниження АТ застосовуються β-адреноблокатори і/або нітрати (див. протокол надання медичної допомоги полікуванню артеріальної гіпертензії).

Госпіталізація

Обґрунтування

Термінова госпіталізація пацієнта у визначені ЗОЗ вторинної медичної допомоги

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Всі пацієнти з гіпертермією, незалежно від статі, віку та інших факторів підлягають терміновій госпіталізації. У ЗОЗ необхідно взяти медичну

документацію пацієнта. Пріоритетним завданням бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги є транспортування пацієнтів в профільні ЗОЗ.

2. Під час транспортування необхідно забезпечити моніторування стану пацієнта, проведення лікувальних заходів та готовність до проведення реанімаційних заходів.

3. Транспортування здійснюється на ношах у відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільної лікарні, або оминаючи приймальне відділення, безпосередньо у відділення інтенсивної терапії, реанімаційне відділення, інфарктне відділення, кардіологічну реанімацію, відділення, де проводиться спеціалізоване лікування.

Необхідні дії водія бригади екстреної медичної допомоги:

1.Забезпечити доставку медичних працівників та оснащення виїзної бригади до місця події у найкоротший термін (до 10 хвилин у місті та 20 хвилин у населених пунктах поза межами міста) та оптимальним маршрутом.

2.Сприяти медичним працівникам в наданні екстреної медичної допомоги хворим та постраждалим, перенесенні та підключенні медичної апаратури.

3.Брати безпосередню участь у перенесенні хворого на ношах, особисто відчиняти задні двері автомобіля, брати участь у встановленні нош з хворим у салон автомобіля, зачиняти задні двері.

4.Забезпечити транспортування хворого до лікарні.