

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я

_____ № _____

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ
ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

ГІПЕРТЕРМІЯ

2013

Перелік скорочень

1. БДУ – без додаткового уточнення
2. ГДН – гостра дихальна недостатність
3. САТ – систолічний артеріальний тиск
4. ЧДР – частота дихальних рухів
5. ВРІТ – відділення реанімації та інтенсивної терапії
6. ЦНС – центральна нервова система
7. ЗОЗ – заклади охорони здоров'я
8. ХОС - хвилинний об'єм серця

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: Гіпертермія (Гарячка невідомого походження)

1.2. 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

R50.1 Стійка гарячка

R50.9 Гарячка неуточнена

Виключені:

- злаякісну гіпертерію, пов'язану з анестезією (T88.3).

1.3. Протокол призначений для лікарів, фельдшерів медицини невідкладних станів.

1.4. Мета протоколу: організація надання екстреної медичної допомоги пацієнтам з гіпертерією різної етіології, зменшення смертності та підвищення виживаності пацієнтів.

1.5. Дата складання протоколу: грудень 2013 рік.

1.6. Дата наступного перегляду: грудень 2016 рік.

1.7. Розробники:

Хобзей М.К	Голова мультидисциплінарної робочої групи, директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України, д.мед.н.
Юрченко В.Д	Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Медицина невідкладних станів», директор Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»
Гур'єв С.О.	Заступник директора з наукової роботи державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», д.мед.н., професор

Сазик С.П. Завідувач відділу державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», к.мед.н., ст.н.сп.

Максименко М.А. Старший науковий співробітник державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»

Методичний супровід та інформаційне забезпечення:

Ліщишина О.М. Директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.мед.н, ст.н.с.

Горох Є.Л. Начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.тех.н.

Мельник Є.О. Начальник Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»

Шилкіна О.О. Начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ. Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua.

Електронну версію документу можна завантажити на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я: <http://www.moz.gov.ua> та на <http://www.dec.gov.ua>

Рецензенти:

Рощін Г.Г. Завідувач кафедри «Медицини катастроф» НМАПО ім. П.Л. Шупика, лауреат державної премії України в галузі науки і техніки, д.мед.н., професор

Іскра Н.І. Доцент кафедри «Медицини катастроф» НМАПО ім. П.Л. Шупика, к.мед.н., ст.н.сп.

Кушнір В.А. Старший науковий співробітник, к.мед.н.

1.8. Епідеміологічна інформація

Гіпертермія - перегрівання, накопичення надлишкового тепла в організмі людини і тварин з підвищенням температури тіла, викликане зовнішніми факторами, що уповільнюють тепловіддачу в навколишнє середовище або збільшують надходження тепла ззовні. Гіпертермія виникає при максимальній напрузі фізіологічних механізмів терморегуляції (потовиділення, розширення шкірних судин тощо) і, якщо вчасно не усунути причини, які її викликають, неухильно прогресує, закінчуючись при температурі тіла близько 41-42°C, тепловим ударом. Гіпертермія супроводжується підвищенням і якісними порушеннями обміну речовин, втратою води і солей, порушенням кровообігу та доставки кисню до мозку, що викликають порушення, іноді судоми і непритомність. Висока температура при гіпертермії переноситься важче, ніж при багатьох гарячкових захворюваннях.

Розвитку гіпертермії сприяють підвищення теплопродукції (наприклад, при м'язовій роботі), порушення механізмів терморегуляції (наркоз, сп'яніння, деякі захворювання), їх вікова слабкість (у дітей перших років життя).

У 1907 р. Річард С. Кабот проаналізував перебіг захворювання у 784 пацієнтів, у яких протягом 2 і більше тижнів відзначалася гарячка вище 37.5°C. 91% з числа цих пацієнтів перенесли одне з трьох захворювань: тифопаратифозне (75%), сепсис (9%) або туберкульоз (7%). У середині 50-х років минулого сторіччя було продовжено опис пацієнтів з тривалою гарячкою. Серед тих випадків, де діагноз був, в кінцевому рахунку, встановлений, найбільш частими причинами такого стану служили такі інфекційні захворювання, як сифіліс, ендокардит, бруцельоз, туберкульоз (29, 30).

У 1961 р. Beeson і Petersdorf опублікували результати проспективного вивчення 100 історій хвороб гарячки хворих. У результаті були зроблені висновки про те, що причини гарячки у більшості пацієнтів були неінфекційними. У цій же роботі дано визначення гарячки невідомого генезу (ЛНГ), яке залишається актуальним до теперішнього часу. ЛНГ прийнято вважати такою гарячку, при якій відзначається неодноразове підвищення температури тіла вище 38°C тривалістю більше 3 тижнів, і при цьому неможливо встановити діагноз, незважаючи на обстеження пацієнта в умовах стаціонару протягом тижня (Beeson, Petersdorf) (33).

Патогенез гіпертермічного синдрому.

1. На тлі високої температури, до 40°C, виникає компенсаторна гіпервентиляція у відповідь на наявний метаболічний ацидоз. При підвищенні температури вище 40°C хвилинний об'єм вентиляції різко падає, дихальний алкалоз переходить в респіраторний ацидоз, що, в кінцевому підсумку, підсилює метаболічний ацидоз.
2. Різко зростає втрата рідини через дихальні шляхи і шкіру, що в підсумку призводить до гіповолемії, що супроводжується паралельною втратою іонів калію, натрію хлоридів.
3. Відбувається зниження судинного опору в нирках, що сприяє виділенню великої кількості гіпотонічної сечі.
4. У печінці інактивуються ферментні системи, руйнуються внутрішньоклітинні структури, посилюється утворення молочної кислоти.
5. ХОС зростає за рахунок тахікардії, проте артеріальний тиск падає.
6. Метаболізм головного мозку зростає, але кровопостачання не відповідає цьому підвищенню, що призводить до його ішемії.

На тлі основного захворювання відзначається високий підйом температури - до 40 і більше градусів. Можливе порушення свідомості, марення, галюцинації. Шкірні покриви на дотик гарячі, можуть бути покриті теплим потом. Спостерігаються різні типи порушення дихання - від тахіпноє до брадипноє. Артеріальний тиск - нормальний або гіпотонія, відзначається тахікардія.

Слід розрізняти такі ступені підвищення температури тіла:

1. Субнормальний (спостерігається у людей похилого віку і різко ослаблених людей) - 35-36°C.
2. Нормальний - 36-37°C.
3. Субфебрильний - 37-38°C.
4. Підвищений - 38-39°C.
5. Високий - 39-40°C.
6. Надмірно високий - вище 40°C, до якої належить, зокрема, гіперпіретичний (вище 41°C), що є несприятливою прогностичною ознакою.

У деяких випадках висока температура тіла супроводжується відносно низькою ЧСС. Це явище називається відносною брадикардією і характерно для сальмонельозу, хламідійних інфекцій, рикетсіозів, хвороби легіонерів, лікарської гарячки і симуляції.

Згідно зі статистичними даними, підвищення температури тіла ізольовано або в поєднанні з іншими ознаками (загальне нездужання, кашель, больовий синдром різної локалізації, висипання на тілі, артралгії та ін.) є найбільш частим приводом для звернення в поліклініку або виклику лікаря додому. За останні 10 років у структурі загальної захворюваності населення Російської Федерації на 19,3% збільшилася частка інфекційних та паразитарних хвороб, які супроводжуються гарячкою. Так, на частку інфекційних захворювань припадає 60%, на частку неінфекційних - 40%, з них терапевтична патологія становить 30% (15, 17, 20, 23, 24, 25, 26, 27).

Нозологічна структура причин ЛНГ останнім часом зазнала змін. Так, серед ЛНГ все частіше стали фігурувати деякі форми інфекцій, що розвиваються на тлі імунodefіциту, різні види нозокоміальних інфекцій. На сьогоднішній день виділяють класичну ЛНГ, нозокоміальну ЛНГ, нейтропенічну ЛНГ, ВІЛ-асоційовану ЛНГ (Durack, Street). Вклад захворювань, пов'язаних з інфекцією, в структуру «класичних» ЛНГ до теперішнього часу залишається значним і становить від 23 до 36%. Найважливішими їх причинами є туберкульоз, інфекційний ендокардит, гнійний холецистохолангіт, пієлонефрит, абсцеси черевної порожнини, септичний тромбоз, цитомегаловірусна інфекція, Енштейн-Барр - вірусна інфекція, первинна ВІЛ-інфекція. Онкологічні захворювання складають від 7 до 31%. Лімфома, лейкоз, рак яєчників - найбільш часті види пухлин, коли захворювання маніфестує під маскою ЛНГ. Системні васкуліти становлять від 9 до 20%. Серед інших причин ЛНГ називають лікарську гарячку, повторні емболії легеневої артерії, запальні захворювання кишечника (особливо тонкого), саркаїдоз. При лікуванні пацієнтів з тривалою гарячкою завжди необхідно мати інформацію про попередній прийом лікарських засобів. Від 3 до 5% побічних реакцій на медикаменти проявляється у вигляді гарячки. Лікарські гарячки можуть виникати через різні проміжки часу (як через дні, так і через тижні) після прийому препарату і не мають ніяких специфічних ознак, що дозволяють відрізнити їх від лихоманок іншого генезу. Окремо слід розглядати групу пацієнтів старше 65 років, так як в цьому віці ЛНГ зустрічається частіше за інших. В цілому причини гарячки у літніх людей не відрізняються від всієї популяції. Позалікарняні інфекції (абсцеси, туберкульоз, ендокардит, цитомегаловірусна інфекція) становлять близько 33%, онкозахворювання (насамперед, лімфоми) - 24%, системні васкуліти - 16%. Звичайними для цієї групи є алкогольний гепатит і повторні легеневі емболії. Найбільш же частими причинами ЛНГ в літньому віці бувають лейкоз, лімфоми, абсцеси, туберкульоз, артеріїт скроневих артерій (15, 17, 18, 22, 23, 25, 28).

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Особливістю нового протоколу є принципові зміни в організації системи надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі, організації роботи диспетчера диспетчерської служби екстреної медичної допомоги в Україні 24 години 7 днів на тиждень.

Основною метою даного уніфікованого клінічного протоколу було створення ефективної системи надання екстреної медичної допомоги пацієнтам з гіпертермією на основі систематизації та узгодженість роботи всіх ланок надання екстреної медичної допомоги.

Цей уніфікований клінічний протокол надання екстреної медичної допомоги є комплексним протоколом екстреної медичної допомоги пацієнтам з гіпертермією різної етіології.

Вперше обґрунтування та положення цього уніфікованого клінічного протоколу побудовані на доказах (evidence-based medicine) і мають конкретні посилання на джерела доказової медицини, третинні джерела, які створювались на основі даних РКД, НРКД, мета-аналізів, систематизованих оглядів літератури тощо:

1. Kazanjian P.H. Fever of Unknown Origin: Review of 86 patients Treated in Community Hospitals // *Clinical Infectious Diseases*. — 1992: 15: 968-973.
2. Roth A.R., Bassello J.M. Обстеження дорослого пацієнта з гарячкою невідомої етіології // *Медицина світу*. — 2004. — Т. 16, № 1. — С. 9-15.
3. Roth A.R., Bassello J.M. Approach to the Adult Patient with Fever of Unknown Origin // *Am. Fam. Physician*. — 2003. — № 68. — P. 2223-2228.
4. Hirschmann J.V. Fever of Unknown in Adults // *Clinical Infectious Diseases*. — 1997: 24: 291-302.
5. Petersdorf R.G. FUO. An Old Friend Revisited // *Arch Int Med*. — 1992; 152:21-3.

УКПМД був розроблений мультидисциплінарною робочою групою, яка включала представників різних медичних спеціальностей (загальної практики-сімейної медицини, спеціалістів з невідкладної медичної допомоги, кардіологів, терапевтів, інтервенційних хірургів та ін.)

Слід зазначити, що в даному УКПМД передбачена діюча організаційна структура надання медичної допомоги (наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований Міністерством юстиції за № 892/7180 від 12.11.2002 р.), а також особливості надання медичної допомоги за новою організаційною структурою - відповідно до критеріїв розмежування медичних послуг (наказ МОЗ України від 05.10.2011 р. № 646 «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», зареєстрований Міністерством юстиції за № 1414/20152 від 07.12.2011 р).

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

Організація та надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі

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

R50.1 Стійка гарячка

R50.9 Гарячка неуточнена

Виключені:

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

Обґрунтування та основні положення протоколу.

1. Догоспітальний етап включає надання екстреної медичної допомоги пацієнтам з гіпертермією з моменту виявлення пацієнта або звернення такого пацієнта (родичів або свідків) за медичною допомогою до моменту госпіталізації.

2. 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.

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

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

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

6. Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги пацієнтам з діагнозом ГІМ у кожному ЗОЗ доцільно розробити та впровадити локальні протоколи медичної допомоги (ЛПМД), в яких визначений клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між ЗОЗ,

які надають екстрену, первинну та вторинну медичну допомогу, визначається наказом територіального органу з питань охорони здоров'я.

7. ЛПМД повинен бути доведений до кожного, хто бере участь у наданні екстреної медичної допомоги пацієнтам з гіпертермією на догоспітальному етапі.

3.1. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ЕКСТРЕНУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

3.1.1. ДЛЯ ДИСПЕТЧЕРА ОПЕРАТИВНО-ДИСПЕТЧЕРСЬКОЇ СЛУЖБИ ЦЕНТРУ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ

Положення протоколу

1. Прийом виклику диспетчером оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф за єдиним телефонним номером виклику екстреної медичної допомоги 103 або за єдиним телефонним номером виклику екстреної допомоги 112.

2. Диспетчер оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф повинен прийняти виклик відповідно до затвердженого алгоритму та направити бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги до пацієнта з підозрою на ГІМ.

Необхідні дії

Обов'язкові:

1. Поради абоненту, який зателефонував у оперативно-диспетчерську службу центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф:

- Помістіть постраждалого в прохолодне місце, укласти горизонтально, піднявши його ноги;
- Дайте йому охолодженої води або напою та забезпечте доступ свіжого прохолодного (при можливості) повітря;
- Забезпечте ліжковий режим;
- Розстебніть тісний одяг;
- Прикладіть до шкіри прохолодні вологі компреси, помістивши їх в пахову ділянку, в кожную пахвинну ділянку і на шию для охолодження великих кровоносних судин;
- Обмахуйте постраждалого чим-небудь, щоб забезпечити вентиляцію;
- Уважно спостерігайте за станом постраждалого, намагаючись не прогати ознак його погіршення;
- Намагайтесь охолодити тіло постраждалого будь-якими підручними засобами, вологими рушниками або простирадлами;
- Не втирайте спирт, бо він приводить до закриття пор шкіри і перешкоджає виходу тепла;
- Не поміщайте постраждалого в ванну з прохолодною водою, так як це може утруднити забезпечення прохідності дихальних шляхів;

- Якщо у постраждалого відкрилось блювання, перестаньте давати йому пиття і покладіть в стабільне положення для забезпечення прохідності дихальних шляхів;

- Не залишайте пацієнта без нагляду. При тепловому ударі у постраждалого може зупинитися дихання або настати інфаркт міокарда. Будьте готові до проведення реанімаційних заходів.

2. Після реєстрації виклику диспетчер терміново направляє бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події.

3.1.2. ДЛЯ БРИГАДИ ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Положення протоколу

3.1.2.1. 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.

3.1.2.2. 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 аускультації (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%**).

3.1.2.3. 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 зволоженим 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 при збудженні та судамах.
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 «Гіповолемічний шок».
8. Наркотичні анальгетики: перевага надається морфіну - вводити дробно по 2-5 мг кожні

5-15 хв до припинення больового 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 по лікуванню артеріальної гіпертензії).

3.1.2.4. 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.
4. Територіальним органом з питань охорони здоров'я обов'язково повинен бути розроблений та затверджений наказ, локальний протокол (відповідного рівня), який забезпечує організацію надання допомоги пацієнтам з гіпертермією, взаємодію між ЗОЗ, що надають екстрену, первинну та вторинну медичну допомогу.

IV. Ресурсне забезпечення виконання протоколу

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (далі – ЛКПМД (КМП)) має перевірятися реєстрація в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛКПМД (КМП)

V. Індикатори якості медичної допомоги

5.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

5.1.1. Наявність у керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги локального протоколу надання екстреної медичної допомоги пацієнту з гіпертермією.

5.1.2. Відсоток пацієнтів з гіпертермією, які госпіталізовані до спеціалізованого стаціонару у визначений проміжок часу (2 години; 12 годин) з моменту первинного контакту з медичним працівником.

5.1.3. Відсоток пацієнтів з гіпертермією, яким було здійснено кисневу підтримку та зроблено ЕКГ у 12 відведеннях у визначений проміжок часу з моменту первинного контакту з медичним працівником.

VI. Список використаних джерел

1. Наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований Міністерством юстиції за № 892/7180 від 12.11.2002 р.
2. Наказ МОЗ України від 05.10.2011 р. № 646 «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», зареєстрований Міністерством юстиції за № 1414/20152 від 07.12.2011 р
3. Наказ МОЗ України від 03.07.2006 р. № 436 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Кардіологія"»
4. Наказ МОЗ України від 01.06.2009 р. № 370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги», зареєстрований Міністерством юстиції України за № 863\16879 від 14.09.2009
5. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»
6. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований у Міністерстві юстиції України за № 661/20974 від 28.05.2012 р.
7. Наказ МОЗ України від 17.11.2010 р. № 999 «Про затвердження форм звітності та медичної облікової документації служб швидкої та невідкладної медичної допомоги України», зареєстрований Міністерством юстиції України за № 147/18885 від 03.02.2011 р.
8. Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 132 «Про затвердження Примірної таблиці оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу»
9. Наказ МОЗ України від 29.03.2013 № 251 «Про затвердження п'ятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
10. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 № 127 «Про затвердження примірних таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень»
11. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 734 «Про затвердження таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування»
12. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 735 «Про затвердження таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування»
13. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 739 «Про затвердження таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру»
14. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України».
15. Адо А.Д. Некоторые исторические и современные аспекты учения о лихорадке: Сообщение 1 // Клиническая медицина. — 1993. — № 6. — С. 68-71.

16. Белобородов В.Б. Лихорадка неясного генеза // Клиническая микробиология и антимикробная терапия. — 2000. — №2(17).
17. Веселкин А.В. Лихорадка // БМЭ. — М., 1980. — Т. 13. — С. 217-226.
18. Виноградов А.В. Лихорадка неясного происхождения // Дифференциальный диагноз внутренних болезней. — М.: Медицина, 1980. — Т. 2. — С. 410-440.
19. Волков В.С., Волгина Г.В., Зиновьева Г.В. Лихорадка неясного генеза в клинике внутренних болезней // Сов. медицина. — 1983. — № 2. — С. 92-94.
20. Дворецкий Л.И. Лихорадка неясного генеза в клинике внутренних болезней. — М., 1997.
21. Зарецкий М.М., Черникова Н.М., Лобачевская Т.В. Синдром хронической усталости: все сложнее, чем кажется на первый взгляд // Здоровье Украины. — 2010. — № 10. — С. 68-69.
22. Зарецкий М.М., Черникова Н.М. Игнорирование анамнеза и данных объективного обследования как отрицательный момент в диагностике заболеваний // Новости медицины и фармации. — 2011. — № 21. — С. 20-21.
23. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на гарячку невідомого походження: Утверджено приказом МЗ України № 626 от 8.10.2007 г. // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. — 2008. — № 1. — С. 56-57.
24. Невідкладна медична допомога: Пер. з англ. / Под Н 52 ред. Дж.Э.Тинтиналли, Р.Л.Кроума, Еге.Руиза. — М.: Медицина, 2001.
25. Никонов В.В., Никонова В.В. Лихорадочные состояния в клинической практике (диагностические подходы) // Медицина неотложных состояний. — 2009. — № 6. — С. 21-28.
26. Сидорова Л.Л. Лихорадка неясного генеза // Укр. мед. вестник. — 2006. — № 6. — С. 30-33.
27. Хеглин Р. Лихорадочные состояния // Дифференциальная диагностика внутренних болезней. — М.: Миклош: Инженер, 1993. — С. 121-183.
28. Эльштейн Н.В. Длительное повышение температуры неясного происхождения в терапевтической практике // Сов. медицина. — 1983. — № 7. — С. 54-58.
29. Kazanjian P.H. Fever of Unknown Origin: Review of 86 patients Treated in Community Hospitals // Clinical Infectious Diseases. — 1992: 15: 968-973.
30. Roth A.R., Bassello J.M. Обстеження дорослого пацієнта з гарячкою невідомої етіології // Медицина світу. — 2004. — Т. 16, № 1. — С. 9-15.
31. Roth A.R., Bassello J.M. Approach to the Adult Patient with Fever of Unknown Origin // Am. Fam. Physician. — 2003. — № 68. — P. 2223-2228.
32. Hirschmann J.V. Fever of Unknown in Adults // Clinical Infectious Diseases. — 1997: 24: 291-302.
33. Petersdorf R.G. FUO. An Old Friend Revisited // Arch Int Med. — 1992; 152:21-3.

VII. Додатки

Додаток № 1

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги «Гіпертермія (екстрена, медична допомога)»

ОЦІНКА СТАНУ ПАЦІЄНТА - ЗА АЛГОРИТМОМ ABCDE

1. А-прохідність дихальних шляхів (Airway)

1.1. Визначте симптоми непрохідності дихальних шляхів: порушення прохідності дихальних шляхів сприяє виникненню парадоксального дихання та участі у диханні додаткових дихальних м'язів; центральний ціаноз є пізнім симптомом непрохідності дихальних шляхів; у пацієнтів, які знаходяться у критичному стані порушення свідомості часто спричиняє порушення прохідності дихальних шляхів (западання язика, м'якого піднебіння).

1.2. Кисень у високій концентрації: за допомогою маски з резервуаром; переконайтесь, що подача кисню достатня (> 10 л/хв).

2. В-дихання (Breathing)

Під час оцінки дихання важливо визначити та лікувати стани, які є безпосередньою загрозою для життя - важкий напад астми, набряк легень, напружений пневмоторакс, гемоторакс.

2.1. Визначте симптоми, які можуть свідчити про порушення дихання: надмірна пітливість, центральний ціаноз, робота додаткових м'язів або черевний тип дихання.

2.2. Визначте ЧД - в нормі це 12-20 вдихів за хв.

2.3. Оцініть спосіб дихання, глибину вдихів та перевірте чи рухи грудної клітки симетричні.

2.4. Зверніть увагу на надмірне наповнення шийних вен (наприклад, при важкій астмі або напруженому пневмотораксі), наявність та прохідність плеврального дренажу та інше.

2.5. Проведіть аускультацию та перкусію легень.

2.6. Визначте положення трахеї - її зміщення може свідчити про напружений пневмоторакс, фіброз легень або рідину у плевральній порожнині.

3. С-кровообіг (Circulation)

3.1. Оцініть колір шкіри на відкритих частинах (кисті): синя, рожева, бліда або мармурова.

3.2. Оцініть температуру кінцівок: холодна чи тепла.

3.3. Оцініть капілярне наповнення - в нормі до 2 сек. Збільшене капілярне наповнення може вказувати на знижену периферійну перфузію.

3.4. Оцініть наповнення вен - можуть бути помірно наповнені або запалі при гіповолемії.

3.5. Визначіть ЧСС. Знайдіть периферійний пульс та пульс на великій артерії, оцініть його наявність, частоту, якість, регулярність та симетричність.

3.6.Виміряйте артеріальний тиск.

3.7.Вислухайте тони серця.

3.8. Зверніть увагу на інші симптоми, які свідчили б про зниження викиду серця, такі як порушення свідомості, олігоурія (об'єм сечі < 0,5 мл/кг/год).

4. D-порушення стану свідомості (Disability)

Найчастіше причинами порушень стану свідомості є важка гіпоксія, гіперкапнія, ішемія мозку або застосування лікарських засобів із седативним ефектом або анальгетиків,

4.1.Оцініть зіниці (діаметр, симетричність та реакцію на світло).

4.2.Швидко оцініть стан свідомості пацієнта за шкалою AVPU: Alert (орієнтується), Vocal (реагує на голос), Pain (реагує на біль), Unresponsive (не реагує на жодні подразники). Можна застосувати також шкалу Глазго (Glasgow Coma Scale).

4.3.Визначте рівень глюкози, щоб виключити гіпоглікемію. Якщо рівень глюкози нижче ніж 3 ммоль/л, забезпечте в/в 50,0 мл 20% розчину глюкози.

5. E - додаткова інформація (Exposure)

5.1.Зберіть детальний анамнез у пацієнта, його рідних, друзів.

5.2.Ознайомтесь з медичною документацією пацієнта: перевірте показники життєвих параметрів, та їх зміни у динаміці, перевірте, які лікарські засоби пацієнтові призначені та які він приймає.

Алгоритм «Гіпертермія»