

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

## **У П А Т С Т В О**

### **ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ФЕБРИЛНА БОЛЕСТ КАЈ ДЕЦАТА**

#### **Член 1**

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при фебрилна болест кај децата.

#### **Член 2**

Начинот на медицинското згрижување при фебрилна болест кај децата е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

#### **Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при фебрилна болест кај децата по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

#### **Член 4**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-3142/1  
09 март 2015 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

---

---

# Фебрилна болест кај децата

Проценка и иницијален третман кај деца помлади од 5 години

Објавено: мај 2013 год.

**NICE клинички упатства 160**  
[guidance.nice.org.uk/cg160](http://guidance.nice.org.uk/cg160)

---

# Содржина

<b>Вовед</b> .....	<b>1</b>
<b>Грижа насочена кон пациентот</b> .....	<b>2</b>
<b>Клучни фактори за имплементација</b> .....	<b>3</b>
Термометри и мерење на температура .....	3
Клиничкапроценка на дете со температура.....	3
Водење со проценка оддалеку .....	3
Водење од лекар кој не е педијатар .....	3
Водење од педијатар специјалист .....	4
Интервенцијасо антипиретици .....	4
<b>1. Препораки</b> .....	<b>5</b>
1.1 Термометри и мерење на температура.....	5
1.2 Клиничка проценка на дете со температура .....	6
1.3 Водењесо проценка оддалеку .....	13
1.4 Водење од лекар кој не е специјалист педијатар.....	13
1.5 Водење од педијатар специјалист.....	15
1.6 Интервенција со антипиретици.....	19
1.7 Совети за грижа во домашни услови.....	19
<b>2. Препораки за истражување</b> .....	<b>21</b>
2.1 Симптоми и знаци за сериозно заболување.....	21
2.2 Водење со проценка оддалеку .....	21
2.3 Дијагноза .....	22
2.4 Антипиретици .....	22
2.5 Користење на антипиретици во домашни услови.....	22
<b>3. Други информации</b> .....	<b>24</b>
3.1 Делокруг и како ова упатство е изготвено .....	24
3.2 СродниNICEупатства .....	24
<b>4. Група за развој на упатството, Национален центар за соработка и Проектен тим на NICE</b> .....	<b>25</b>
4.1 Група за развој на упатството .....	25
4.2 Национален центар за соработка за здравје на жени и на деца.....	25
4.3 Проектен тим на NICE.....	25
<b>За упатството</b> .....	<b>26</b>
Информации за ажурирање .....	26
Јачина на препораките .....	26
Други верзии на ова упатство .....	27
Имплементација.....	28
Ваша одговорност .....	28
Авторски права .....	28
NICE контакт .....	28

## Вовед

Ова упатство го ажурира и го заменува „Фебрилни болести кај деца“ (NICE клиничко упатство 47). Препораките се означени спред тоа кога тие биле оригинално објавени (за детали види '[За ова упатство](#)').

Фебрилната болест кај малите деца често укажува на постоечка инфекција и е причина за загриженост на родителите и на старателите. Фебрилната болест е многу честа во детската возраст, при што меѓу 20 и 40% од родителите секоја година пријавуваат ваква болест. Како резултат на тоа, температурата е веројатно најчестата причина поради која се носи детето на доктор. Фебрилната болест исто така е втора најчеста причина за прием на дете во болница. И покрај напредокот во здравствената заштита, инфекциите остануваат водечка причина за смрт кај деца помлади од 5 години.

Температурата кај малото дете може да е дијагностички предизвик за здравствените работници, затоа што е тешко да се идентификува причината. Во повеќето случаи, болеста се должи на самоогранувачка вирусна инфекција. Сепак, температурата може истотака да биде манифестна карактеристика на сериозна бактериска инфекција, како што се менингитис или пневмонија. Значаен број на децата и покрај внимателната проценка немаат јасна причина за температурата. Овие деца со температура без јасен извор се од посебен интерес на здравствените работници, бидејќи е особено тешко кај овие пациенти да се направи разлика меѓу едноставни вирусни инфекции и животозагрозувачки бактериски инфекции. Како резултат на тоа, постои очигледна потреба за подобрување на препознавањето, процената и итното лекување на фебрилната болест кај децата.

Воведувањето на новите вакцинални програми во Англија може значително да го намалат приемот во болниците како резултат на болестите кои се покриени со ова упатство. На пример, првичните анализи на пневмококниот вакцинален програм во Англија покажува дека откако беше воведена оваа вакцинација, инциденцата на пневмококните болестисе намали за 98% кај деца помали од 2 години. Меѓутоа, доказите укажуваат зголемување за 68% на преваленца на болести, предизвикани од суптипови на бактеријата кои не се покриени со вакцинацијата. Исто така, потенцијално сериозните случаи на фебрилна болест ќе бидат ретки, па затоа е важно оваа информација да им помогне на здравствените работници да ги разликуваат нив од благите случаи.

Ова упатство е дизајнирано да им помогне на здравствените работници во првичната проценка и итното лекување на малите деца со температура кои се јавуваат во примарната или во секундарната здравствена заштита.

Упатството ќе претпостави дека лицата кои препишуваат лекови ќе ги користат упатствата за употреба на лекот, со цел да ги информираат пациентите во донесувањето одлуки.

Информации за групите кои се вклучени и исклучени во ова упатство види '[Фебрилна болест кај деца: краен делокруг](#)'.

## Грижа насочена кон пациентот

Ова упатство нуди совет за најдобра практика за грижа на децата помлади од 5 години со фебрилна болест.

Пациентите и здравствените работници имаат права и одговорности, како што е утврдено во Националната здравствена служба (NHS) Устав на Англија – сите NICE упатства се напишани така што го одразуваат ова. При лекувањето и грижата треба да се земат во предвид индивидуалните потреби и желби. Пациентите треба да имаат можност да донесуваат информирани одлуки за нивната грижа и лекување, во партнерство со здравствените работници. Ако некој нема способност да донесе одлуки, здравствените работници треба да ги следат 'Советот за согласност при Одделението за здравство', 'Кодот на пракса која го поддржува Законот за ментална способност' и дополнителниот 'Код на пракса за заштитни мерки при лишување од слобода'. Во Велс, здравствените работници треба да го следат советот за согласност од велшката влада.

Ако пациентот е помлад од 16 години, здравствените работници треба да ги следат упатствата од страна на Министерството за здравство: 'Барање на согласност: работа со деца'. На фамилиите и наставателите исто така треба да им се дадат информации и поддршка за да му помогнат на детето или на младиот човек во донесувањето одлуки за нивниот третман.

## Клучни фактори за имплементација

Следниве препораки беа идентификувани како приоритетни за имплементација.

### *Термометри и мерење на температура*

- Кај деца на возраст од 4 недели до 5 години температура се мери со еден од следниве методи:
  - Електронски термометар во аксила.
  - Хемиски точкаст термометар во аксила.
  - Инфрацрвен термометар за во уво. [2007]
- Пријавена родителска перцепција за температура треба да се смета за валидна и да се сфати сериозно од страна на здравствените работници. [2007]

### *Клиничка проценка на дете со температура*

- Кај дете со фебрилна болест оценете присуство или отсуство на симптоми и знаци кои може да се користат за да се предвиди ризик од сериозна болест, користејќи го системот на семафор (види табела 1). [2013]
- Мерете и забележете ги температурата, пулсот, респирации и време на полнење на капилари како дел од рутинска проценка на дете со температура. [2007]
- Децата со тахикардија препознајте ги најмалку како средноризична група за сериозна болест. Користете ги критериумите на 'Напредното оживување кај деца' (Advanced Paediatric Life Support (APLS)<sup>[1]</sup> за да ја дефинирате тахикардијата: [ново 2013]

Возраст	пулс (отчукувања во минута)
<12 месеци	>160
12–24 месеци	>150
2–5 години	>140

### *Водење со проценка оддалеку*

- Деца со кој било од 'црвените' знаци, но за кои се смета дека немаат итна животозагрозувачка болест, треба итно да се проценат од страна на лекар со директен контакт во рок од 2 часа. [2007]

### *Водење од лекар кој не е педијатар*

- Ако кој било од 'жолтите' знаци се присутни и не е поставена дијагноза, обезбедете ги родителите или старателите со 'заштитна мрежа' или упатете го на специјалист педијатар за понатамошна процена. 'Заштитната мрежа' треба да биде 1 или повеќе од следниве:

- Обезбедете ги родителите или старателите со усмена и/или пишана информација за предупредувачки симптоми и како понатаму може да се пристапи до здравствена грижа (види го делот 1.7.2).
- Организирајте понатамошно следење во одредено време и место.
- Поврзете ги со други здравствени работници, вклучувајќи дежурна служба, за да се обезбеди директен пристап за детето ако има потреба од понатамошна проценка. **[2007]**

### ***Водење од педијатар специјалист***

- Направете ги следниве иследувања кај фебрилно доенче помладо од 3 месеци:
  - Комплетна крвна слика.
  - Хемокултура.
  - Ц-реактивен протеин.
  - Преглед на урина за инфекција на уринарниот тракт.<sup>[2]</sup>
  - Рендгенографија на белите дробови, ако се присутни респираторни симптоми.
  - Копрокултура, ако е присутна дијареја. **[2013]**

### ***Интервенција со антипиретици***

- Антипиретиците не превенираат фебрилни конвулзии и не треба да се користат конкретно за оваа намена. **[2007]**
- Кога се користи парацетамол или ибупрофен кај фебрилно дете:
  - Продолжете само додека детето изгледа вознемирено.
  - Рагледајте ја можноста да променитесо друг лек, ако вознемиреноста на детето не се подобрува.
  - Не ги давајте двата лека истовремено.
  - Користете ги овие лекови наизменично само ако вознемиреноста перзистира или се повторува пред да се даде следната доза на лек. **[ново 2013]**

---

[1] Група за 'Напредното оживување' (2004) 'Напредното педијатриско оживување: практичен пристап' (4-та едиција). Wiley-Blackwell.

[2] Види 'Инфекции на уринарниот тракт кај деца', NICE клиничко упатство 54 (2007).

## 1. Препораки

Следново упатство се базира на најдобри расположливи докази. Комплетното упатство ги дава деталите за методите и за доказите кои се користени за развивање на упатството.

Буквата која се користи во препораките на ова упатство ја означува сигурноста која ја има препораката (јачина на препорака). За детали види 'За ова упатство'.

Ова упатство е наменето за употреба од страна на лекарите за проценка и иницијално водењена мали деца со фебрилна болест. Упатството треба да се следи, сè додека не се постави клиничка дијагноза на основната состојба. Штом еднаш се постави дијагноза, детето треба да се лекува според националните или локалните упатства за таа состојба.

Родителите или старателите на фебрилно дете може да се обратат на различни здравствени работници како прв контакт, на пример, општ лекар, фармацевт или доктор во итна медицинска помош. Обуката и искуството на здравствениот работници кои се вклучени во грижа на децата ќе се разликуваат и секој треба да ги толкува упатствата според делокругот на нивната сопствена пракса.

За потребите на ова упатство, фебрилност се дефинира како „зголемена телесна температура над нормалните дневни варијации“.

Ова упатство треба да се чита заедно со следниве:

- Бактериски менингитис и менингококна сепса, (NICE клиничко упатство 102).
- Инфекции на уринарниот тракт кај деца, (NICE клиничко упатство 54).
- Дијареја и повраќање кај деца помали од 5 години, (NICE клиничко упатство 84).

### 1.1 *Термометри и мерење на температура*

#### 1.1.1 **Мерење на орална и на ректална температура**

1.1.1.1 Не користете рутински орален и ректален начин на мерење на температура кај деца на возраст од 0-5 години. [2007]

#### 1.1.2 **Мерење на телесната температура на други места**

1.1.2.1 Кај доенчиња помлади од 4 недели, мерете телесна температура со електронски термометар под аксила. [2007]

1.1.2.2 Кај деца на возраст од 4 недели до 5 години, мерете телесна температура на еден од следниве начини:

- Електронски термометар под аксила.
- Хемиски.точкаст термометар под аксила.
- Инфрацрвен термометар во уво. [2007]

1.1.2.3 Здравствените работници кои рутински користат хемиски точкаст термометар за една употреба треба да размислат за алтернативно користење на друг тип на термометар кога се потребни повеќекратни мерења на температурата. [2007]



1.1.2.4 Хемиски термометри за на чело не се сигурни и не треба да се користат од страна на здравствените работници. [2007]

### 1.1.3 Субјективно откривање на температура од страна на родителите и на старателите

1.1.3.1 Пријавена родителска перцепција за фебрилност треба да се смета за валидна и да се сфати сериозно од страна на здравствените работници. [2007]

## 1.2 Клиничка проценка на дете со температура

### 1.2.1 Животозагрозувачки знаци на болест кај деца

1.2.1.1 Како прво, здравствените работници треба веднаш да идентификуваат кој било од животозагрозувачките знаци, вклучувајќи нарушување на дишните патишта, дишењето или циркулацијата и намален степен на свест. [2007]

### 1.2.2 Проценка на ризик за сериозна болест

1.2.2.1 Проценете ги децата со фебрилна болест за присуство или отсуство на симптоми и знаци кои може да се користат за предвидување на ризик за сериозна болест, користејќи го системот на семафор (види [табела 1](#)). [2013]

1.2.2.2 Кога се проценува дете со проблеми во учењето, земете го во предвид индивидуалното нарушување во учење на детето кога се толкува табелата на семафор. [нова 2013]

1.2.2.3 Деца со кој било од следниве симптоми или знаци препознајте ги најмалку како високоризична група за сериозна болест:

- Бледило/ишарано – мarmorизирано/цијаноза на кожата, усните или јазикот.
- Нема одговор на социјални дразби.<sup>[3]</sup>
- Болен изглед кај здравствен работник.
- Не се буди, или ако се разбуди, не останува будно.
- Слаб, пискав (високо тонски) или континуиран плач.
- Тешко дишење– гровтање.
- Респирации повеќе од 60 во минута.
- Умерено или тешко вовлекување на градите.
- Намален тургор на кожата.
- Бонбирана фонтанела. [ново 2013]

1.2.2.4 Деца со кои било од следниве симптоми и знаци препознајте ги најмалку како средноризична група за сериозна болест:

- Бледило на кожата, усните или јазикот, пријавени од страна на родителот или на старателот.
- Не одговара нормално на социјални дразби.<sup>[3]</sup>
- Не се смее.

- Се буди само на пролонгирани стимулации.
- Намалена активност.
- Треперење на ноздрите.
- Суви мукозни мембрани.
- Доенчињата слабо се хранат.
- Намалено мокрење.
- Ригидност. **[ново 2013]**

1.2.2.5 Препознајте деца кои ги имаат сите од следниве знаци и симптоми и никој од високо ризични или средноризични знаци како нискоризична група за сериозност на болеста:

- Нормална боја на кожата, усните и јазикот.
- Одговараат нормално на социјални дразби.<sup>[3]</sup>
- Задоволно / се смее.
- Останува будно или бргу се буди.
- Силен нормален плач или не плаче.
- Нормални кожа и очи.
- Влажни мукозни мембрани. **[ново 2013]**

1.2.2.6 Измерете ја и забележете ја температурата, срцевиот пулс, респирации и време на капиларно полнење како дел од рутинска проценка на фебрилно дете. **[2007]**

1.2.2.7 Препознајте дека времето на капиларното полнење од 3 секунди или подолго е показател за среден ризик за сериозност на болеста ('портокалов' знак). **[2013]**

1.2.2.8 Измерете го крвниот притисок кај фебрилно дете ако пулсот или времето на капиларно полнење е нарушено и има на располагање апаратура за мерење на крвен притисок. **[2007]**

1.2.2.9 Кај деца постари од 6 месеци не ја користете единствено висината на температурата за идентификација на тие со сериозна болест. **[2013]**

1.2.2.10 Препознајте ги децата помлади од 3 месеци со температура од 38°C или повисока како високо ризична група за сериозна болест. **[2013]**

1.2.2.11 Препознајте ги децата на возраст од 3-6 месеци со температура од 39°C и повисока барем како средноризична група за сериозност на болест. **[ново 2013]**

1.2.2.12 Не го користете времетраењето на температурата за предвидување на сериозноста на болеста. Сепак, деца со температура која трае подолго од 5 дена треба да се проценат за болеста на Кавасаки (види ја препораката 1.2.3.10). **[ново 2013]**

1.2.2.13 Децата со тахикардија препознајте ги најмалку како средноризична група за сериозност на болеста. Користете ги подолу наведените критериуми на 'Напредното оживување на деца'(APLS)<sup>[4]</sup> за да се дефинира тахикардијата. **[ново 2013]**

Возраст	пулс (во минута)
<12 месеци	>160
12–24 месеци	>150
2–5 години	>140

1.2.2.14 Проценете ги знаците на дехидрација кај фебрилно дете. Барајте:

- Пролонгирано време на капиларно полнење.
- Абнормален тургор на кожата.
- Абнормален начин на дишење.
- Слаб пулс.
- Ладни екстремитети. [2007]

### 1.2.3 Симптоми и знаци за специфични болести

1.2.3.1 Барајте го изворот на фебрилност и проверете за присуство на симптоми и знаци кои се поврзани со специфични болести (види табела 2). [2007]

1.2.3.2 Разгледајте ја можноста за менингококна болест кај секое фебрилно дете и испијте кој не се губи, особено ако кој било од следниве знаци се присутни<sup>[5]</sup>:

- Болен изглед на детето.
- Промени, поголеми од 2 мм во дијаметар (пурпура).
- Време на капиларно полнење од 3 секунди и поголемо.
- Затегнување на вратот. [2007]

1.2.3.3 Разгледајте ја можноста за бактериски менингит кај фебрилно дете и кој било од следниве знаци<sup>[5]</sup>:

- Затегнат врат.
- Бонбирана фонтанела.
- Намален степен на свесност.
- Конвулзивен статус епилептикус. [2007, додадено 2013]

1.2.3.4 Земете во предвид дека класичните знаци на менингитис (затегнат врат, бонбирана фонтанела, високотонски плач) често се отсутни кај доенчиња со бактериски менингитис<sup>[5]</sup>. [2007]

1.2.3.5 Разгледајте ја можноста за herpes simplex енцефалитис кај фебрилни деца со кој било од следниве знаци:

- Фокални невролошки знаци.
- Фокални конвулзии.
- Намален степен на свесност. [2007]

1.2.3.6 Разгледајте ја можноста за пневмонија кај фебрилно дете со кој било од следниве знаци:

- Тахипнеа (повеќе од 60 респирации во минута, за возраст од 0-5 месеци; повеќе од 50 респирации во минута за возраст од 6-12 месеци; повеќе од 40 респирации во минута, за постари од 12 месеци).
- Крепитации.
- Носно лепршање.
- Вовлекување на градите.
- Цијаноза.
- Кислородна сатурација од 95% или помала. **[2007]**

1.2.3.7 Разгледајте ја можноста за инфекција на уринарниот тракт кај фебрилно дете помало од 3 години<sup>[6]</sup>. **[2007]**

1.2.3.8 Разгледајте ја можноста за инфекција на уринарниот тракт кај фебрилно дете на возраст од 3 месеци или постаро и еден или повеќе од следниве <sup>[6]</sup>:

- Повраќање.
- Слабо хранење (одбива храна).
- Летаргија.
- Иритабилност.
- Абдоминална болка или болна затегнатост.
- Често мокрење или дизурија. **[new 2013]**

1.2.3.9 Разгледајте ја можноста за септичен артритис/остеомиелитис кај фебрилно дете со кој било од следниве знаци:

- Оток на коска или на зглоб.
- Штедење на екстремитет.
- Неможност за оптеретување. **[2007]**

1.2.3.10 Разгледајте ја можноста за болеста на Кавасаки кај дете со фебрилност која трае подолго од 5 дена и кое има 4 од следниве 5 знаци:

- Билатерален коњунктивитис.
- Промени на мукозните мембрани во горниот респираторен тракт (на пример хиперемичен фаринкс, суви испукани усни или малинаст јазик).
- Промени на екстремитетите (на пример едем, еритем или десквамација).
- Полиморфен раш.
- Вратна лимфаденопатија.

Земете во предвид, дека во ретки случаи со присуство на помалку знаци може да се дијагностицира некомплетна/атипична болест на Кавасаки. **[2007]**

## 1.2.4 Импортирани инфекции

1.2.4.1 Кога се прегледува фебрилно дете, распрашајте за неодамнешни патувања во странство и разгледајте ја можноста за инфекција, донесена од регионот кој бил посетен. **[2007]**

**Табела 1.** Систем на семафор за идентификување на ризик за сериозна болест  
**[ново 2013]**

Фебрилно дете со кој било од симптомите и знаците во црвената колона треба да се препознаат како дете со висок ризик. Слично, фебрилни деца со кој било од симптомите и знаците во портокаловата колона и ниеден од знаците во црвената колона треба да се препознаат со среден ризик. Деца со симптоми и знаци во зелената колона и ниеден од портокаловата и одцрвената колона се со низок ризик. Водење на фебрилни деца треба да се спроведува според степенот на ризик.

Оваа табела на семафор треба да се користи заедно со препораките во ова упатство за иследувања и иницијален третман на фебрилни деца.

Табела во боја е на располагање.

	<b>Зелено – низок ризик</b>	<b>Портокалово – среден ризик</b>	<b>Црвено - висок ризик</b>
Боја (на кожа, усни или јазик)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Нормална боја</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Бледило, кажано од страна на родител/старател</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Бледо/ишарано – мраморизирано/цијаноза</li> </ul>
Активност	<ul style="list-style-type: none"> <li>Одговара нормално на социјални дразби</li> <li>Задоволно/се смее</li> <li>Останува будно/се буди брзо</li> <li>Силен нормален плач/не плаче</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Не одговара нормално на социјални дразби</li> <li>Не се смее</li> <li>Се буди само на пролонгирана стимулација</li> <li>Намалена активност</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Не одговара на социјални дразби</li> <li>При преглед изгледа болно</li> <li>Не се буди или ако се разбуди неостанува будно</li> <li>Слаб, високотонски или континуиран плач</li> </ul>
Респираторен тракт		<ul style="list-style-type: none"> <li>Носно лепршање</li> <li>Тахипнеа: број на респирации <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;50 респирации/минута, возраст 6–12 месеци;</li> <li>&gt;40 респирации/минута, возраст &gt;12 месеци</li> </ul> </li> <li>Кислородна сатурација ≤95%</li> <li>Аускултаторен наод на крепитации</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Кашла</li> <li>Тахипнеа: респирации &gt;60 /минута</li> <li>Средно до тешко вовлекување на градите</li> </ul>

<p>Циркулација и хидрација</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нормална кожа и очи</li> <li>• Влажни мукозни мембрани</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тахикардија: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &gt;160 удари/минута, возраст &lt;12 месеци</li> <li>○ &gt;150 удари/минута, возраст 12–24 месеци</li> <li>○ &gt;140 удари/минута, возраст 2–5 години</li> </ul> </li> <li>• Време на капиларно полнење &gt;_3 секунди</li> <li>• Суви мукозни мембрани</li> <li>• Лоша исхрана кај доенчиња</li> <li>• Намалено мокрење</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Намален тургор на кожа</li> </ul>
<p>Друго</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ниеден од симптомите и знаците од црвената и од портокаловата колона</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возраст 3–6 месеци, температура &gt;_39°C</li> <li>• Температура подолга од 5 дена</li> <li>• Ригидност</li> <li>• Оток на екстремитет или на зглоб</li> <li>• не го користи екстремитетот</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возраст &lt;3 месеци, температура &gt;_38°C</li> <li>• Исип кој не се губи на притисок</li> <li>• Бомбирана фонтанела</li> <li>• Затегнат врат</li> <li>• Епилептичен статус</li> <li>• Фокални невролошки знаци</li> <li>• Фокални конвулзии</li> </ul>

Табела 2.Збирна табела на симптоми и знаци кои упатуваат на специфична болест

[2013]

Дијагноза која треба да се земе во предвид	Симптоми и знаци, поврзани со температура
Менингококна болест	Исип кој не се губи на притисок, особено со 1 или повеќе од следниве знаци: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Болен изглед на детето</li> <li>• Промени, поголеми од 2 мм во дијаметар (пурпура)</li> <li>• Време на капиларно полнење <math>\geq 3</math> секунди</li> <li>• Затегнување на вратот</li> </ul>
Бактериски менингитис	Затегнување на вратот Напната фонтанела Намалено ниво на свест Конвулзивен статус епилептикус
Herpes simplex енцефалитис	Фокални невролошки знаци Фокални конвулзии Намалено ниво на свест
Пневмонија	Тахипнеа (респирации $>60$ во минута, возраст 0–5 месеци; $>50$ респирации, возраст 6–12 месеци; $>40$ респирации, возраст $>12$ месеци) Крепитации на аускултација на белите дробови Носно лепршање Вовлекување на градите Цијаноза Сатурација со кислород $\leq 95\%$
Инфекција на уринарен тракт	Повраќање Слабо хранење Летаргија Иритабилност Абдоминална болка или затегнатост Често мокрење или дизурија
Септичен артритис	Оток на екстремитет или на зглоб Штедење на екстремитет Неможност за оптеретување
Болеста на Кавасаки	Температура која трае подолго од 5 дена и барем 4 од следниве знаци: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Билатерален коњунктивитис</li> <li>• Промени на мукозните мембрани</li> <li>• Промени на екстремитетите</li> <li>• Полиморфен исип</li> <li>• Вратна лимфаденопатија</li> </ul>

### **1.3 Водењесо проценка оддалеку**

Проценка оддалеку се однесува на ситуации кога детето се проценува од страна на здравствен професионалец кој не е во можност да го прегледа детето, бидејќи тоа се наоѓа географски оддалечено од докторот (на пример, телефонски повик до NHS Direct<sup>[7]</sup>). Затоа, во голема мера, процената е интерпретација на симптоми отколку физикални знаци. Водичот во овој дел исто така може да се примени на здравствени работници, чии делокруг на работа не вклучува физикален преглед на деца (на пример, фармацевти во заедницата).

#### **1.3.1 Водење во зависност од ризикот за сериозна болест**

- 1.3.1.1 Здравствените професионалци кои вршат проценка на фебрилно дете оддалеку треба да настојуваат да ги идентификуваат симптомите и знаците на сериозна болест и специфични болести, како што е опишано во [дел 1.2](#) и сумирани во [табела 1 и 2](#). [2007]
- 1.3.1.2 Деца, чии симптоми или комбинација на симптоми упатуваат на ургентна животозагрозувачка болест (види ја препораката 1.2.1.1) треба веднаш да бидат упатени во итна медицинска помош со најсоодветен транспорт (обично 194 возило на итна медицинска помош). [2007]
- 1.3.1.3 Деца со кој било од 'црвените' знаци, но кои не се сметаат дека имаат животозагрозувачка болест, треба да бидат веднаш прегледани од страна на здравствен професионалец во рок од 2 часа. [2007]
- 1.3.1.4 Деца со 'портокалови', но со ниеден од 'црвените' знаци треба да бидат прегледани од страна на здравствен професионалец. Итноста на овој преглед треба да биде одреден од клиничката проценка на здравствениот професионалец кој ја спровел процената оддалеку. [2007]
- 1.3.1.5 Деца со 'зелени' знаци и со ниеден од 'портокаловите' или од 'црвените' знаци, може да се следат дома со соодветен совет за родителите и за старателите, вклучувајќи совети кога да побараат дополнителна консултација од здравствените служби (види го делот 1.7) [2007, изменет 2013]

### **1.4 Водење од лекар кој не е специјалист педијатар**

Во ова упатство, лекар кој не е специјалист педијатар се дефинира како лекар кој нема специфичен тренинг или кој нема експертиза во преглед на деца и третман на нивни заболувања. Овој термин вклучува лекари кои работат во примарната здравствена заштита, но може да се однесува и на други лекари кои работат во службите на итна помош.



### 1.4.1 Клинички преглед

1.4.1.1 Водењето од лекар кој не е специјалист педијатар треба да започне со клинички преглед како што е опишано во [делот 1.2](#). Лекарот треба да се обиде да ги идентификува симптомите и знаците на сериозно заболување и специфичните болести кои се сумирани во [табела 1 и 2](#). [2007]

### 1.4.2 Водење согласно со ризикот за сериозно заболување

1.4.2.1 Деца, чии симптоми или комбинација на симптоми и знаци упатуваат на ургентна животозагрозувачка болест ([види ја препораката 1.2.1.1](#)), треба веднаш да бидат упатени во итна медицинска помош со најсоодветен транспорт (обично 194 возило на итна медицинска помош). [2007]

1.4.2.2 Деца со кој било од 'црвените' знаци, но кои не се сметаат дека имаат животозагрозувачка болест, треба итно да бидат упатени кај педијатар специјалист за преглед. [2007]

1.4.2.3 Ако кој било од 'портокаловите' знаци се присутни и не е поставена дијагноза, обезбедете „безбедна мрежа“ за родителите или за старателите или упатете го детето кај специјалист педијатар за понатамошен преглед. „Безбедна мрежа“ треба да биде еден или повеќе од следниве мерки:

- Обезбедете го родителот или старателот со усмена и/или писмена информација за предупредувачките симптоми и како да пристапи понатаму до здравствена грижа ([види го делот 1.7.2](#)).
- Организирајте понатамошно следење за одредено време и место.
- Поврзете се со други здравствени работници, вклучувајќи дежурни служби, за да се обезбеди директен пристап за детето ако е потребен понатамошен преглед. [2007]

1.4.2.4 Деца со 'зелени' знаци и со ниеден од 'портокаловите' или од 'црвените' знаци може да се пуштат на домашна нега со соодветен совет за родителите и за старателите, вклучувајќи совет кога да побараат понатамошно внимание од здравствените служби ([види го делот 1.7](#)). [2007, изменет 2013]

### 1.4.3 Тестови од страна на лекар кој не е специјалист педијатар

1.4.3.1 Не треба да се прави рутински рендгенографија на белите дробови кај деца со симптоми и знаци кои упатуваат на пневмонија, а кои не се примени во болница. [2007]

1.4.3.2 Прегледајте урина кај деца со температура како што се препорачува во '[Инфекции на уринарен тракт кај деца](#)', (NICE клиничко упатство 54). [2007]

### 1.4.4 Користење на антибиотици од страна на лекар кој не е специјалист педијатар

1.4.4.1 Не пропишувајте орален антибиотик кај фебрилни деца без очигледен извор. [2007]

1.4.4.2 Дајте веднаш парентерално антибиотик на деца со сомнение за менингококна болест (било benzylpenicillin или третогенерациски цефалоспорин)<sup>[5]</sup>. [2007]

## 1.5 *Водење од педијатар специјалист*

Во ова упатство, терминот педијатар специјалист се однесува на здравствен професионалец кој имал специфичен тренинг или има призната експертиза за преглед на деца и третман на нивни заболувања. Примерите вклучуваат педијатри или здравствени професионалци кои работат во итни педијатриски центри.

### 1.5.1 Деца помлади од 5 години

1.5.1.1 Водењето од страна на педијатар специјалист треба да започне со клинички преглед како што е опишано во делот 1.2. Здравствениот професионалец треба да се обиде да ги идентификува симптомите и знаците на сериозно заболување и на специфични болести кои се сумирани во табела 1 и 2. [2007]

### 1.5.2 Деца помлади од 3 месеци

1.5.2.1 Доенчиња помлади од 3 месеци со температура треба да се опсервираат и да се измерат и да се запишат следниве витални знаци:

- Температура.
- Срцев пулс.
- Респирации. [2007]

1.5.2.2 Направете ги следните иследувања кај фебрилни доенчиња помлади од 3 месеци:

- Комплетна крвна слика.
- Хемокултура
- Ц-реактивен протеин.
- Преглед на урина за инфекција на уринарен тракт.<sup>[6]</sup>
- Рендгенографија на белите дробови, ако се присутни респираторни знаци.
- Копрокултура, ако е присатна дијареа. [2013]

1.5.2.3 Направете лумбална пункција кај следниве фебрилни деца (освен ако не е контраиндицирано):

- Доенче помладо до 1 месец.
- Сите доенчиња на возраст од 1–3 месеци кои изгледаат болно.
- Доенчиња на возраст од 1–3 месеци со број на леукоцити (WBC) помалку од  $5 \times 10^9$ /литар или повисоки од  $15 \times 10^9$ /литар. [2007, изменет 2013]

1.5.2.4 Кога е индицирано, направете лумбална пункција без одлагање и, кога е можно, пред да се дадат антибиотици. [2007]

1.5.2.5 Дајте парентерално антибиотици на:

- Фебрилно доенче помладо од 1 месец.

- Сите доенчиња на возраст од 1–3 месеци со температура кои изгледаат болно.
- Доенчиња на возраст од 1–3 месеци со WBC помалку од  $5 \times 10^9$ /литар или повисоки од  $15 \times 10^9$ /литар. **[2007, изменет 2013]**

1.5.2.6 Кога е индицирано давање парентерално антибиотик за доенчиња помлади од 3 месеци, се дава трета генерација цефалоспорин (на пример, цефотаксим или цефтриаксон) заедно со антибиотик кој делува на листерија (на пример, ампицилин или амоксицилин). **[2007]**

### 1.5.3 Деца на возраст 3 и повеќе месеци

1.5.3.1 Направете ги следниве иследувања кај фебрилни деца без очигледен извор кои се јавуваат кај педијатар специјалист со 1 или со повеќе 'црвени' знаци:

- Целосна крвна слика.
- Хемокултура.
- С-реактивен протеин.
- Преглед на урина за инфекција на уринарен тракт<sup>[6]</sup>. **[2013]**

1.5.3.2 Следниве иследувања исто така треба да се земат во предвид кај деца со 'црвени' знаци кои произлегуваат од клиничкиот преглед:

- Лумбална пункција кај деца, независно од возраста (ако не е контраиндицирано).
- Рендгенографија на белите дробови, независно од температурата и бројот на леукоцити.
- Серум електролити и ацидобазен статус. **[2007]**

1.5.3.3 Кај фебрилни деца без очигледен извор кои се јавуваат кај педијатар специјалист кои имаат 1 или повеќе 'портокалови' знаци, треба да се направат следниве испитувања, освен ако искусниот педијатар смета дека се непотребни.

- Да се собере урина и да се испита за инфекција на уринарниот тракт.<sup>[6]</sup>
- Крвни анализи: комплетна крвна слика, Ц-реактивен протеин, хемокултура.
- Лумбална пункција треба да се земе во предвид кај деца помали од 1 година.
- Рендгенографија на белите дробови кај дете со температура повисока од  $39^\circ\text{C}$  и леукоцити повисоки од  $20 \times 10^9$ /литар. **[2007]**

1.5.3.4 На фебрилни деца кои се упатени на педијатар специјалист без очигледен извор и кои немаат знаци за сериозно заболување (тоа е 'зелена' група) треба да им се направи преглед на урина за инфекција на уринарниот тракт<sup>[6]</sup> и да се проценат симптоми и знаци за пневмонија (види [табела 2](#)). **[2007]**

1.5.3.5 Не правете рутински крвни анализи и рендгенографија на белите дробови кај фебрилни деца кои немаат знаци за сериозна болест (тоа е 'зелена' група). **[2007]**

### 1.5.4 Вирусна коинфекција

1.5.4.1 Кај фебрилно дете, со докажана инфекција со респираторен синцицијален вирус или вирус на инфлуенца, треба да се проценат знаците за сериозна болест. Треба да се мисли на преглед на урина за инфекција на уринарниот тракт<sup>[6]</sup>. **[2007]**

### 1.5.5 Опсервација во болница

- 1.5.5.1 Кај фебрилни деца постари од 3 месеци без очигледен извор, треба да се земе во предвид опсервација во болница (со или без иследувања) како дел од процената за да се разграничи несериозна од сериозна болест. [2007]
- 1.5.5.2 Кога на детето му е дадено антипиретик, не се потпирајте на намалување или на отсуство од намалување на температурата за 1-2 часа за да процените сериозна од несериозна болест. Сепак, со цел да се открие можно клиничко влошување, сите деца примени во болница со 'портокалови' или со 'црвени' знаци треба уште еднаш да се проценат по 1-2 часа. [ново 2013]

### 1.5.6 Итен третман од страна на педијатар специјалист (за деца од сите возрасти)

- 1.5.6.1 Деца со температура и шок кои се испратени во специјалистичка педијатриска служба или во ургентен центар треба:
- Веднаш да се даде интравенски болус на течности 20 ml/kg; иницијално треба да се даде 0.9% натриум хлорид.
  - Активно да се мониторира и да се даде дополнителен болус на течности, доколку е потребно. [2007]
- 1.5.6.2 Веднаш да се дадат антибиотици парентерално на фебрилни деца кои се јавуваат во педијатриска специјалистичка служба или во ургентен центар ако тие се:
- Во шокова состојба.
  - Не реагираат.
  - Показуваат знаци на менингококна болест. [2007]
- 1.5.6.3 Итно парентерално давање на антибиотици треба да се примени кај фебрилни деца со намален степен на свесност. Во овие случаи треба да се бараат симптоми и знаци за менингитис и херпес симплекс енцефалитис (види табела 2 и 'Бактериски менингитис и менингококна септикемија', [NICE клиничко упатство 102]). [2007]
- 1.5.6.4 Кога е индицирано парентерално давање на антибиотици, се дава третогенерациски цефалоспорин (на пример, цефотаксим или цефтриаксон), сè додека не се достапни резултатите од хемокултура. За деца помлади од 3 месеци се додава и антибиотик кој делува на листерија (на пример, ампицилин или амоксицилин). [2007]
- 1.5.6.5 Дајте интравенски ацикловир кај фебрилни деца со симптоми и знаци кои упатуваат на херпес симплекс енцефалитис (види препораката 1.2.3.5). [2007]
- 1.5.6.6 Кислород треба да се даде на фебрилни деца кои имаат знаци за шок или кислородна сатурација (SpO<sub>2</sub>) помала од 92%. Доколку постои клиничка индикација, третман со кислород се разгледува како можност и кај деца кои имаат SpO<sub>2</sub> повисока од 92%. [2007]

## 1.5.7 Причини и инциденца за сериозна бактериска инфекција

- 1.5.7.1 Кај дете со температура и сомнение за сериозна бактериска инфекција кое се хоспитализира и има потреба од итен третман, треба да се дадат антибиотици, насочени кон *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* и *Haemophilus influenzae* тип b. Соодветно е да се даде третогенерациски цефалоспорин (на пример, цефотаксим или цефтриаксон), сè додека не пристигнат резултатите од култури. За доенчиња помлади од 3 месеци треба да се додаде и антибиотик за листерија (на пример, ампицилин или амоксицилин). [2007]
- 1.5.7.2 Постапете според локалните упатства кога стапката на антибиотска резистенција на бактериите е значајна. [2007]

## 1.5.8 Прием и отпуштање од болница

- 1.5.8.1 Во прилог на клиничката состојба на детето, разгледајте ги следниве фактори при одлучување за прием во болница на фебрилно дете:
- Социјални и фамилијарни околности.
  - Други заболувања кои влијаат на детето или на другите членови на семејството.
  - Вознемиреност и инстинкт на родителите (базирано на нивното познавање за нивното детето).
  - Контакти со други луѓе кои имаат сериозни инфективни болести.
  - Скорешно патување во странство во тропски/суптропски области или области со висок ризик за ендемиска инфективна болест.
  - Кога родителот или старателот е загрижен за сегашната болест на детето и е причина за повторувачки барања на здравствени совети.
  - Кога семејството претходно искусило сериозна болест или смрт како резултат на фебрилна болест што ја зголемува нивната анксиозност.
  - Кога фебрилната болест нема очигледна причина, но детето е болно подолго од очекувањата за самоограничувачка болест. [2007]
- 1.5.8.2 Ако се реши дека детето нема потреба да се прими во болница, но не е поставена дијагноза, треба да се обезбеди „безбедна мрежа“ за родителите или за старателите, доколку кој било од 'црвените' или од 'портокаловите' знаци се присутни. „Безбедната мрежа“ треба да биде 1 или повеќе од следниве мерки:
- Обезбедете го родителот или старателот со усмена и/или писмена информација за предупредувачки симптоми и како да пристапи понатаму до здравствена грижа (види го делот [1.7.2](#)).
  - Организирајте понатамошно следење за одредено време и место.
  - Поврзете се со други здравствени работници, вклучувајќи дежурни служби, за да се обезбеди директен пристап за детето ако е потребен понатамошен преглед. [2007]
- 1.5.8.3 Деца со 'зелени' знаци и со ниеден од 'портокаловите' и од 'црвените' знаци може да се следат дома со соодветен совет за родителите и за старателите, вклучувајќи совет кога да се побара понатамошна контрола од здравствените служби (видиго делот [1.7](#)). [2007, изменет 2013]

### **1.5.9 Упатување на оддел за интензивна педијатриска нега**

- 1.5.9.1 Деца со температура кои се во шокова состојба, нереагираат или покажуваат знаци за менингококна болест, треба итно да се проценат од страна на искусен педијатар и да се процени за упатување на оддел за педијатриска интензивна нега. [2007]
- 1.5.9.2 Дајте најитно парентерално антибиотик кај деца со сомнение за менигококна болест (било бензилпеницилин или третогенерациски цефалоспорин). [2007]
- 1.5.9.3 Деца кои се хоспитализираат со менингококна болест треба да бидат под педијатриска грижа, под супервизија на консултант и да може да се процени потребата од давање инотропни медикаменти. [2007]

## **1.6 Интервенција со антипиретици**

### **1.6.1 Ефекти од намалување на телесната температура**

- 1.6.1.1 Антипиретиците не превенираат фебрилни конвулзии и не треба да се користат конкретно за оваа намена. [2007]

### **1.6.2 Физички методи за намалување на телесната температура**

- 1.6.2.1 Бањање со млака вода не се препорачува за терапија на температура. [2007]
- 1.6.2.2 Деца со температура не треба да се разголени или премногу завиткани. [2007]

### **1.6.3 Интервенции со лекови за намалување на телесната температура**

- 1.6.3.1 Разгледајте ја можноста за користење било на парацетамол или ибупрофен кај деца со температура кои изгледаат вознемирено. [ново 2013]
- 1.6.3.2 Не користете антипиретици со единствена цел за намалување на телесната температура кај фебрилно дете. [ново 2013]
- 1.6.3.3 Кога се користи парацетамол или ибупрофен кај фебрилни деца:
- Продолжете, сè додека детето изгледа вознемирено.
  - Размислете да се промени во друг препарат ако не се смирува вознемиреноста на детето.
  - Не ги давајте истовремено и двата препарати.
  - размислете за наизменично користење на овие лекови ако перзистира или се повторува вознемиреноста пред следната доза. [ново 2013]

## **1.7 Совети за грижа во домашни услови**

### **1.7.1 Домашна грижа**

- 1.7.1.1 Советувајте ги родителите или старателите да се справуваат со температурата на нивните деца како што е опишано во делот 1.6. [2007]
- 1.7.1.2 Советувајте ги родителите или старателите да го набљудуваат фебрилното дете во домашни услови:

- Да го понудат детето редовно со течности (доколку детето или бебето се дои најсоодветна течност е мајчиното млеко).
- Како да откријат знаци за дехидрација преку барање на следниве знаци:
  - Вдлабната фонтанела.
  - Сува уста.
  - Вдлабнати очи.
  - Отсуство на солзи.
  - Лош целокупен изглед.
- Да го поттикнат своето дете да пие повеќе течности и да разгледаат можност за барање на дополнителен совет ако откриете знаци за дехидратација.
- Како да идентификуваат исип кој не исчезнува на притисок.
- Да го проверуваат нивното дете во текот на ноќта.
- Да не го пуштаат во градинка или на училиште нивното дете, сè додека е присутна температурата, но да го известат училиштето или градинката за болеста. [2007]

## 1.7.2 Кога да се побара натамошна помош

1.7.2.1 Родителите или старателите кои го следат нивното фебрилно дете во домашни услови по првичен контакт со здравствен професионалец, треба да побараат натамошна помош ако:

- Детето има грчеви.
- Детето развие исип кој не се губи на притисок.
- Родителот или старателот чувствува дека детето е полошо отколку кога тие претходно барале совет.
- Родителот или старателот е позагрижен отколку кога претходно барале совет.
- Температурата трае подолго од 5 дена.
- Родителот или старателот е вознемирен или загрижен и тие не се во состојба да се грижат за своето дете. [2007]

[3] Одговорот на детето кон социјалната интеракција со родителот или со здравствениот професионалец, како одговор на неговото име, смеење и/или кикотење.

[4] Група за напредното оживување (2004) 'Напредното педијатриско оживување: практичен приод' (4th edn). Wiley-Blackwell

[5] Види 'Бактериски менингитис и менингококна септикемија', NICE клиничко упатство 102 (2010).

[6] Види 'Инфекции на уринарниот тракт кај деца', NICE клиничко упатство 54 (2007).

[7] Ве молиме, имајте предвид дека оваа услуга ќе биде заменета од страна на NHS 111, што се должи на националната имплементација во 2013 година.

## 2. Препораки за истражување

Групата за развој на упатството ги има направено следниве препораки за истражување, врз основа на разгледување на доказите, за да се подобрат NICE упатствата и грижата за пациентите во иднина. Целосниот сет на препораки од групата се детално опишани во целосната верзија на упатството.

### 2.1 *Симптоми и знаци за сериозно заболување*

Групата за развој на упатството ја препорача епидемиолошката студија на Англија за симптоми и знаци за сериозно заболување. **[ново 2013]**

#### **Зашто е ова важно?**

Сегашните препораки за симптоми и знаци во упатството на NICE се базираат на серии од хетерогени студии (користат различни методи, популации, исходи и од различен квалитет) и беше потребен степен на субјективност за да се спојат во упатство. Затоа, групата за развој на упатството препорачува да се спроведе голема проспективна студија во Англија (n=20 000 плус) каде што ќе се направи компарација на сите овие знаци и симптоми кои се опфатени во ова упатство. Ова ќе овозможи за стандардизација на секој симптом и знак, како и за валидација на постоечката табела на семафор.

Студијата треба да користи стандардизиран протокол за собирање на податоци. Каде што е возможно, студијата треба да се поврзе со рутинско собирање на податоци, како на пример, статистика на болничка епизода. Студијата треба да вклучи различни средини и локации – тоа е каде што се присутни децата, вклучувајќи ја примарната здравствена заштита. Примарниот исход на студијата треба да биде крајна дијагноза и резултат од лекувањето.

### 2.2 *Водење со проценка оддалеку*

Групата за развој на упатството препорачува англиската студијата да се искористи за да се одреди валидноста на симптомите кои се кажуваат при проценка на фебрилно дете оддалеку. **[2007]**

#### **Зашто е ова важно?**

Традиционално пациентите со симптоми беа прегледувани при директен контакт, но сè повеќе се користи проценка оддалеку (на пример, проценка преку телефон) за да се утврди итноста на потребите на пациентот, нивото на грижа која е потребна и од тоа да се препорача најсоодветен следен чекор за пациентот. Ова може да вклучува упатување во ургентен центар, упатување во служби за акутна или неакутна состојба и завршување на телефонскиот повик со совет за самогрижа/поддршка. Клиничка и трошковна ефективност ќе се постигне единствено преку проценка оддалеку ако претпоставената проценка се совпадне со актуелната потреба. Во моментот постои недостаток на достапни податоци кои ја демонстрираат важноста од проценка оддалеку.



## 2.3 Дијагноза

Групата за развој на упатството препорачува англиската студија да спроведе истражување на перформансите и на исплатливоста на прокалцитонин, наспроти Ц реактивен протеин во идентификување на сериозни бактериски инфекции кај фебрилни деца без очигледен извор.[2007]

### Зошто е ова важно?

Многу деца со температура изгледаат добро без знаци и симптоми на сериозна болест. Повеќето од овие деца ќе имаат самоограничувачка болест. Сепак, неколку ќе имаат сериозни бактериски инфекции кои не може да се идентификуваат исклучиво со клиничка проценка. Иследувањата кои помагаат во идентификација на овие деца со сериозни бактериски инфекции може да доведат до брзо започнување со антибиотска терапија што може да го подобри нивниот исход. Овие испитувања треба да бидат и сензитивни и специфични, така што повеќето сериозни бактериски инфекции ќе се идентификуваат и нема да се даваат непотребно антибиотици на деца на кои не им требаат. Воспалителните маркери Ц-реактивен протеин и прокалцитонин покажаа различни карактеристики за идентификување на бактериска инфекција кај различни популации. Ако и на едниот или и на двата маркери беа докажани сензитивност и специфичност во идентификување на сериозна бактериска инфекција кај фебрилни деца без очигледен извор, ќе имаше докази за нивна поширока употреба. Исплатливоста на овој пристап треба да се пресмета.

## 2.4 Антипиретици

Групата за развој на упатството препорачува да се спроведат студии на примарна и на секундарна здравствена заштита за да се утврди дали прегледот пред и прегледот по давањето доза на антипиретик е од корист во диференцирање на деца со сериозни болести од тие со други состојби.[2007]

### Зошто е ова важно

Антипиретиците широко се користат на примарно и секундарно ниво од страна на родителите и здравствените работници. Оттука, децата може да пристапат во здравствената служба со веќе примен антипиретик. И одговорот на детето на антипиретик може да се користи како показател за тежината на болеста, образложение е дека тие со поблага болест или ќе покаже поголемо подобрување на состојбата или поголемо намалување на температурата во споредба со деца со посериозна болест. Сепак, не е јасно дали овие промени во состојбата се валиден и сигурен метод за диференцирање на деца со сериозна болест од тие со помалку сериозна болест.

## 2.5 Користење на антипиретици во домашни услови

Групата за развој на упатството препорачува студии за користење на антипиретици во домашни услови и перцепциите на родителите за нивната вознемиреност, предизвикана од температурата.[ново 2013]

## Зошто е ова важно

Тековните упатства препорачуваат користење на антипиретици за да се ослободи вознемиреноста на децата. Меѓутоа, слабо се разбира концептот на „вознемиреност“ и како на него реагираат родителите. Затоа групата за развој на упатството препорачува да се спроведе студија за да се истражи „вознемиреноста“ кај децата со фебрилна болест. Студијата треба да вклучи интерпретација на родителите и на старателите на ова, вклучувајќи: однесување за барање помош, што предизвикува одење кај здравствен професионалец, што предизвикува одлука да се даде антипиретик и што предизвикува одлука да се промени од еден на друг антипиретик.

## 3. Други информации

### 3.1 Делокруг и како ова упатство е изготвено

NICE упатствата се изготвени во согласност со делокругот кој одредува што во упатството ќе се опфати, а што нема.

#### Како е изготвено ова упатство

NICE го овласти Националниот заеднички центар за здравје на жените и на децата да го изготви ова упатство. Центарот формира Група за развој на упатството (види го делот 4), која ги разгледа доказите и ги изготви препораките.

Методите и процесот за изготвување на NICE клиничките упатства се опишани во '[Водич за упатства](#)'.

### 3.2 Сродни NICE упатства

Дополнителни информации може да најдете на веб страницата на [NICE](#).

#### Општи

- [Medicines adherence](#). NICE клиничко упатство 76 (2011).
- [Reducing differences in the uptake of immunisations](#) Упатство од јавно здравје 21 (2009).

#### Специфични состојби

- Бактериски менингитис и менингококна септикемија. NICE клиничко упатство 102 (2010).
- Дијареа и повраќање кај деца помлади од 5 години. NICE клиничко упатство 84 (2009).
- Инфекции на уринарниот тракт кај деца. NICE клиничко упатство 54 (2007).

## **4. Група за развој на упатството, Национален центар за соработка и Проектен тим на NICE**

### **4.1 *Група за развој на упатството***

(9 члена, податоците за членовите може да се најдат на NICE клиничко упатство [guidance.nice.org.uk/cg160](https://guidance.nice.org.uk/cg160) ).

### **4.2 *Национален центар за соработка за здравје на жени и на деца***

(8 члена, податоците за членовите може да се најдат на NICE клиничко упатство [guidance.nice.org.uk/cg160](https://guidance.nice.org.uk/cg160) ).

### **4.3 *Проектен тим на NICE***

(6 члена, податоците за членовите може да се најдат на NICE клиничко упатство [guidance.nice.org.uk/cg160](https://guidance.nice.org.uk/cg160) ).

## За упатството

NICE клиничките упатства се препораки за третман и нега на лицата со посебни болести и состојби во Националниот здравствен систем (NHS) во Англија и во Велс.

NICE упатствата се изготвени во согласност со делокругот кој одредува што во упатството ќе се опфати, а што нема.

Упатството е изработено од страна на Националниот центар за соработка за здравје на жените и на децата кој е дел од Кралскиот колеџ за опстетриција и гинекологија. Центарот за соработка работеше заедно со групата за развој на упатството која се состои од здравствени работници (вклучува консултанти, општи лекари и сестри), пациенти и старатели, технички персонал, кои ги разгледуваа доказите и ги подготвија препораките. Препораките беа финализирани по јавни консултации.

Методите и процесите за развој на NICE клиничките упатства се опишани во 'Водич за упатствата'.

## Информации за ажурирање

Ова упатство е ажурирано и го заменува NICE клиничко упатство 47 (објавено во мај 2007 год.).

Препораките се означени како **[2007]**, **[2007, изменето 2013]**, **[2013]** или **[ново 2013]**: **[2007]** укажува дека доказите не се ажурирани и разгледани од 2007 година.

**[2007, изменето 2013]** укажува дека доказите не се ажурирани и разгледани од 2004 година, но е направен мал додаток на препораките.

**[2013]** укажува дека доказите се разгледани, но не се направени никакви промени во препораките.

**[ново 2013]** укажува дека доказите се разгледани и препораката е ажурирана или додадена.

## Јачина на препораките

Некои препораки може да се создадат со поголема сигурност од други. Земајќи ги во предвид квалитетот на клучните докази, групата за развој на упатството дава препораки кои се засновани на одмерување помеѓу користа и штетата од интервенцијата. За некои интервенции групата за развој на упатството е убедена дека повеќето пациенти би ја одбрале таа интервенција со оглед на информациите што ги разгледала. Зборот кој се користи во оваа препорака во упатството означува сигурност со која препораката е направена (јачина на препораката).

За сите препораки NICE очекува дека ќе се разговара со пациентот за ризиците и за придобивките од интервенциите, нивните вредности и преференции. Оваа дискусија има за цел да им помогне на пациентите да донесат одлука врз основа на целосна информираност (види исто 'Грижа, насочена кон пациентот').

### **Интервенции кои мора (или не мора) да се користат**

Обично користиме „мора“ или „не мора“ само ако има законска обврска да се примени препораката. Повремено, користиме „мора“ (или „не мора“) ако последиците од неследење на препораката може да бидат исклучително сериозни или потенцијално загрозувачки за животот.

### **Интервенции кои треба (или не треба) да се користат – „силна“ препорака**

Користиме „понудете“ (и слични зборови како „се однесува“ или „се советува“) кога сме убедени дека за повеќето пациенти интервенцијата ќе направи повеќе добро отколку штета и ќе биде исплатлива. Користиме слични зборови (на пример, „не нудете“) кога сме убедени дека интервенцијата нема да биде од корист за повеќето пациенти.

### **Интервенции кои е пожелно да се користат**

Користиме „сметаме“ кога сме убедени дека интервенцијата ќе направи повеќе добро отколку штета за повеќето пациенти и ќе биде исплатлива, но слично и други опции може да бидат исплатливи. Изборот на интервенција и дали воопшто да се примени или не интервенцијата, веројатно ќе зависи од особините и од желбите на пациентот, а не од јачината на препораката. Оттука, здравствените професионалци треба да поминат повеќе време во разгледување и дискутирање на опциите со пациентот.

### **Текст на препораки во ажурираното упатство**

NICE почна да го користи овој пристап за да се означи јачината на препораките во упатствата кои почнаа да се развиваат по објавувањето во 2009 година на 'Водичот за упатства' (јануари 2009 година). Ова не се однесува на препораките кои завршуваат со **[2007]** (за повеќе детали како препораките се означени, види подолу во „Информации за ажурирање“). Особено, за препораките обележени **[2007]** зборот „сметаме“ не мора да се користи за да се означи јачината на препораката.

### ***Други верзии на ова упатство***

Целото упатство „Фебрилна болест кај деца: проценка и иницијален третман кај деца помлади од 5 години“ ги содржи деталите за методите и за доказите кои се користени за да се развие ова упатство. Тоа е издадено од Националниот центар за соработка за здравје на мајки и на деца.

Препораките од ова упатство се вметнати во [NICE патеки](#). Ние изготвивме [информации за јавноста](#) за ова упатство.

## **Имплементација**

Достапно е 'Алатки за имплементација и ресурси' кое ќе ви помогне да го примените ова упатство во пракса.

## **Ваша одговорност**

Ова упатство го претставува гледиштето на NICE, кое се формираше по внимателно разгледување на доказите кои стојат на располагање. Од здравствените работници се очекува да го земат целосно во предвид при остварувањето на нивните клинички процени и практики. Сепак, упатството не ја отфрла индивидуалната одговорност на здравствените работници при носењето соодветни одлуки согласно со околностите на пациентот, во консултација со пациентот и/или старателот или со негувателот кои се информирани за особените на кои билекови за кои се размислува да бидат применети.

Примената на овој прирачник е одговорност на локалните членови на комисијата и/или давателите на услуги. Членовите на комисијата и давателите на услуги се потсетуваат дека е нивна одговорност за спроведување на препораките, во нивниот локален контекст, како дел од нивните должности за да се избегне незаконска дискриминација и да се има во предвид промовирање на еднаквост на можностите. Ништо во ова упатство не треба да се толкува на начин кој е несоодветен на усогласеноста со тие должности.

## **Авторски права**

© Национален институт за здравство и клиничка извонредност 2013. Сите права задржани. Авторските права на NICE за материјалот можат да се преземат за приватно истражување и за студирање и можат да бидат репродуцирани за едукативни и за непрофитни цели. Никаква репродукција од или за комерцијални организации или за комерцијални цели не е дозволена без писмена дозвола од NICE.

## **NICE контакт**

National Institute for Health and Care Excellence  
Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza, Manchester M1 4BT

[www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

[nice@nice.org.uk](mailto:nice@nice.org.uk)

0845 033 7780

ISBN 978-1-4731-0130-2