

# ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

КФ КГМА КАФЕДРА ВВ№2 О.Н. КУРОЧКИНА  
2015 Г.



# СТЕПЕНИ ПОВЫШЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА

- 1. Субнормальная (наблюдается у стариков и резко ослабленных людей) - 35-36 °С.
- 2. Нормальная - 36-37 °С.
- 3. Субфебрильная - 37-38 °С.
- 4. Умеренно повышенная - 38-39 °С.
- 5. Высокая - 39-40 °С.
- 6. Чрезмерно высокая - выше 40 °С, гиперпиретическая (выше 41 °С).
- В некоторых случаях высокая температура тела сопровождается относительной брадикардией, что характерно для сальмонеллеза, хламидийных инфекций, риккетсиозов, болезни легионеров, лекарственной лихорадки и симуляции.
- **Лихорадка - это повышение температуры тела выше 38 С в результате воздействия пирогенных раздражителей, сопровождающееся нарушением деятельности всех систем организма.**

- по характеру температурной кривой различают 2 формы лихорадки.
- 1. **Возвратная** (*febris recurrens*) - отличается правильной сменой высоколихорадочных до 39-40 °С и безлихорадочных периодов продолжительностью до 2-7 сут, типична при возвратном тифе.
- 2. **Волнообразная** (*febris undulans*) - характерно постепенное нарастание температуры до высоких цифр и постепенное снижение до субфебрильных или нормальных цифр; возникает при бруцеллезе, лимфогранулематозе.
- По продолжительности лихорадку подразделяют следующим образом.
  - 1. Молниеносная - от нескольких часов до 2 сут.
  - 2. Острая - от 2 до 15 сут.
  - 3. Подострая от 15 сут до 1,5 мес.
  - 4. Хроническая - свыше 1,5 мес.

# ПОЧЕМУ ПОВЫШАЕТСЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА

- Повышение температуры обусловлено воздействием эндогенного пирогена на центр терморегуляции в переднем гипоталамусе
- Эндогенный пироген – это интерлейкин, продуцируемый макрофагами, моноцитами, нейтрофилами в результате ответа на микробные и немикробные антигены, ИК, сенс. Т-лф, эндотоксины, продукты клеточного распада.
- Пироген продуцируют также клетки лимфопротифер. опухолей, опух. Почки и печени.



# ДИАГНОЗ ЛНГ

- Т более 38,3
- Длительность более 3 недель
- Неясный диагноз
- Все, кроме неясных субфебрилитетов (туберкулез, ВСД, др.причины)
- До 90% пациентов до установления Д-за – находятся в терапевтических отделениях

# ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

- По определению R.G. Petesdorf и P.V. Beeson, лихорадка неясного происхождения - это неоднократные подъемы температуры тела выше 38,3 °С на протяжении более 3 нед, если их причина остается неясной после недельного обследования в стационаре.
- Различают четыре категории

Название категории	Характеристика
Классическая лихорадка	То же, что и лихорадка неясного происхождения — допускается 3-дневное обследование в стационаре, или 3 визита к врачу, или интенсивное амбулаторное недельное обследование
Больничная лихорадка	На момент госпитализации признаки инфекции отсутствуют, а в стационаре температура тела поднимается выше 38,3 °С. Для постановки данного диагноза требуется как минимум 3-дневное обследование, причем 2 сут отводится на инкубацию посевов
Название категории	Характеристика
Лихорадка при нейтропении	При количестве нейтрофилов менее 500 мкл-1 лихорадку неизвестного происхождения связывают с нейтропенией, если ее причину не удается определить в течение 3-дневного обследования, с учетом 2 сут инкубации посевов
Лихорадка при ВИЧ-инфекции	Если причину не удастся выяснить в течение 4-недельного обследования или 3 сут обследования в стационаре, включая 2 сут инкубации посева



# КЛАССИФИКАЦИЯ ЛНГ ПО DURASK И

СТРЕПТО 1004

Особенности	Нозокомиальная	Нейтропеническая	ВИЧ-ассоциированная	Классическая
Группа признаков	Госп-е, но не имевшие признаков инф-ии при поступ.	Пац. с кол-вом нейтрофилов $\leq 500$ в 1 мкл	ВИЧ-инфицированные	Все остальные
Прод-ть лихорадки во время обследования	3 дня+	3 дня+	3 дня+ или 4 нед при амбулаторном обследовании	3 дня+ или 3 амбулаторных визита
Наиболее вероятные причины	Тромбофл-т (септич) или колит псевдомембранозный	Кандидемия Аспергиллез Перинатальные инфекции	Инф, вызванные <i>Micobacterium avium</i> , туберкулез	Инфекции, злокачественное новообразование, воспалит заб-я

# КЛАСС-Я ЛНГ (ROTH A.R., BASELLO G.M., 2003)

Категории ЛНГ	Определение	Частые причины
Классическая	Темп $\geq 38,3\text{C}$ , длительность $\geq 3$ нед., зарегистрирована во время как мин 3-х амб визитов или 3 дня в стационаре	Инфекции, опухоли, заболевания соединительной ткани
Нозокомиальная	Темп $\geq 38,3\text{C}$ , пациент госпитализирован $\geq 24\text{ч.}$ , но не было лихорадки при поступлении	<i>Clostridium difficile</i> , энтероколит, лекарственно-индуцированная, ТЭЛА, септический тромбофлебит, синусит, катетеры.



# КЛАСС-Я ЛНГ (ROTH A.R., BASELLO G.M., 2003)

Категории ЛНГ	Определение	Частые причины
Нейтропеническая	Темп $\geq 38,3\text{C}$ , нейтрофилы $\leq 500/\text{мкл}$ , длительность 3 дня	Оппортунистические бактериальные инфекции, аспергиллез, кандидоз, герпес-вирусы
Ассоциированная с ВИЧ-инф.	Темп $\geq 38,3\text{C}$ , длит. $\geq 4$ недель для амб пациентов, $\geq 3$ дней для стационар., ВИЧ-инфекция подтверждена	ЦМВ, Микобактериум авиум, туберкулез, пневмоцисты, лекарственно-индуцированная, саркома Капоши, лимфома

# ЛНГ

- **Терапевт в большинстве случаев сталкивается с классическими причинами синдрома ЛНГ.**
- В основе ЛНГ лежит:
  - - Генерализованные или локальные инфекционно-воспалительные процессы – 30-50% всех случаев.
- Опухоли – 20-30%,
- Системные болезни (коллагенозы, васкулиты) – 10-20%
- Прочие болезни – 10-20%
- **10 случаев ЛНГ - не удастся расшифровать при жизни,**
- **В 3% случаев – и после летального исхода и аутопсии**

# ДИФФ. ДИАГНОСТИКА ЛИХОРАДОЧНЫХ СОСТОЯНИЙ

- **Доказательства достоверности субфебрилитета**
- С этой целью рекомендуют больному в течение 1-й нед измерение темп. через 3 ч с ночным перерывом, у женщин - с учетом менструального цикла.
- В случаях, вызывающих подозрение в симуляции, - измерять темп. тела б-го в присут. мед. персонала в обеих подмыш. впадинах, с одновр. подсчетом ЧСС и ЧДД.
- Если субф-т является достов. фактором, то диагностика должна начинаться с оценки эпид. и клин. характеристик.
- Анамнез: сведения о перенес. заб-ях, о социальных и професс. факторах, о путешествиях, личных увлечениях, контактах с животными, а также о перенесенных оперативных вмешательствах и приеме ЛС и алкоголя.
- Вопросы, которые необходимо уточнить у больного с субфебрилитетом:
- 1. Какая величина температуры тела?
- 2. Сопровождалось ли повышение температуры тела симптомами интоксикации?
- 3. Длительность повышения температуры тела.
- 4. Эпид. анамнез: - окружение пац-та, контакт с инф. больными; - пребывание за границей, возвращ. из путешествий; - время эпидемий и вспышек вирусных инфекций; - контакты с животными.
- 5. Любимые увлечения.
- 6. Фоновые заболевания.
- 7. Оперативные вмешательства.
- 8. Предшествующий прием медикаментов.

Температурные кривые																Название лихорадки	Суточные колебания температуры	При каких заболеваниях встречаются	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16				
40	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	Постоянная (f.continua)	Не более 1°	Брюшной и сыпной тиф, крупозная пневмония
40	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	Послабляющая (f.remittens)	1-2°	Брюшной тиф, катаральная пневмония, туберкулез
40	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	Переменная (f.intermittens)	Большие размахи со снижением утренней t° до нормы и ниже	Туберкулез, болезни печени, септические заболевания, малярия
41	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	Изнуряющая (f.hectica)	3-5°	Сепсис
40	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	Извращенная (f.inversus)	Подъем t° утром, снижение вечером	Септические процессы, туберкулез
40	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	Атипичная (f.atypica)	Незакономерные колебания	Сепсис
40	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	у	Возвратная (f.recurrens)	Периоды периксии и апирексии длятся по нескольку суток	Возвратный тиф

# ОБЩАЯ СХЕМА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА – «ПРИНЦИП КОЛЬЦА»



# ОБЩАЯ СХЕМА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА. ЭТАП 1.

- **Изучить особенности лихорадки:**
- тип температурной кривой,
- Наличие и выраженность ознобов и потливости.
- Выявить у больного **дополнительные симптомы и синдромы** на основании повторного осмотра больного и проведения лабораторно-инструментальных исследований.
- Если лихорадка у б-го сопровождается **потрясающими ознобами и выраженной потливостью**, то наиболее вероятно причиной ЛНГ является бактериальная инфекция или ЛГМ

# ОСНОВНЫЕ ОШИБКИ 1 ЭТАПА

1

- Недостаточный осмотр пациента
- Ограничение поверхностным осмотром

2

- невнимательный сбор анамнеза

3

- Наличие признака могущего объяснить состояние пац-та, но не объясняющее (н-р, пневмония и абсцесс пролежня)



# ОБЩАЯ СХЕМА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА. ЭТАП 2.

- Если диагноз не установлен на этапе 1, то на основании полученных данных необходимо сформулировать **предварительную диагностическую концепцию – предположить соответствующее заболевание** или сходную группу заболеваний
- Консилиум обязателен!

# ОСНОВНЫЕ ОШИБКИ 2 ЭТАПА

1

- Ошибка 1 врача (н-р, сепсис)

2

- Авторитетное мнение узкого специалиста

3

- Не учтены варианты могущие привести к подобной клинической картине (н-р ЛГМ – РМЖ)

# ОБЩАЯ СХЕМА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА. ЭТАП 3.

- Этап накопленных данных
- Разработать и реализовать рациональный план обследования для подтверждения выработанной диагностической концепции и дифференциальной диагностики внутри очерченной группы заболеваний с помощью наиболее информативных методов обследования

# ОСНОВНЫЕ ОШИБКИ 3 ЭТАПА

1

- Вытекают из ошибок предыдущих этапов

2

- Как правило, диагностика направлена на подтверждение ложного диагноза

3

- Типичный пример – упорные посевы крови при подозрении на сепсис при его отсутствии

# ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ 1 ЭТАПА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Ведущий дополнительный синдром	Наиболее вероятный круг заболеваний
<ul style="list-style-type: none"><li>1. Мышечно-суставной синдром (миалгии, миозиты, артралгии, артриты). Пропальпировать!</li></ul>	Ревматизм (ревм лихорадка), ревматоидный полиартрит Синдром Стилла, Реактивные артриты, СКВ, Дерматомиозит, Узелковый периартериит, Ревматическая

# ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Ведущий  
дополнительный  
синдром

Наиболее вероятный круг  
заболеваний

- 2.  
Лимфаденопатия  
(увеличение  
периферических  
и/или  
медиастинальных  
л/у)

Инфекционный  
мононуклеоз  
Острый лейкоз  
Хронический лимфолейкоз  
Лимфогранулематоз  
Лимфосаркома  
Саркоидоз  
Туберкулезный лимфаденит  
СКВ  
Ревматоидный полиартрит  
Синдром Стилла

# ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Ведущий дополнительный синдром	Наиболее вероятный круг заболеваний
<ul style="list-style-type: none"><li>• 3. Спленомегалия</li></ul>	Сепсис Абсцесс селезенки Туберкулез селезенки Сублейкемический миелоз Метамаларийная спленомегалия Острый лейкоз Хронический лимфолейкоз Инфекционный мононуклеоз Лимфогранулематоз Лимфосаркома



# ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Ведущий дополнительный синдром	Наиболее вероятный круг заболеваний
• 4. Гепатомегалия	Хронический активный гепатит Холангит Абсцесс печени Первичный рак печени Метастатическое поражение печени

# ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Ведущий дополнительный синдром	Наиболее вероятный круг заболеваний
<ul style="list-style-type: none"><li>5. Анемия (оценить динамику нарастания, нормо-, гипо- или гиперхромная)</li></ul>	<p>Апластическая анемия Гемолитические анемии (в основном- аутоиммунные) В12-дефицитная анемия (гиперхромная) Нагноительные процессы (абсцессы, апостематозный нефрит, эмпиема плевры, флегмоны) Сепсис (нормохромная) Рак желудка или кишечника (гиперхромная) Острый лейкоз</p>

# ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Ведущий дополнительный синдром	Наиболее вероятный круг заболеваний
<ul style="list-style-type: none"><li>• 6. Лейкопения (нейтропения)</li><li>• - присоединяется любая инфекция</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Иммунный агранулоцитоз</li><li>Миелотоксический агранулоцитоз</li><li>Апластическая анемия</li><li>Острый лейкоз</li><li>Системная красная волчанка</li><li>Сепсис (терминальная стадия)</li><li>B12- дефицитная анемия</li><li>Периодическая нейтропения</li></ul>

# ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Ведущий дополнительный синдром	Наиболее вероятный круг заболеваний
<ul style="list-style-type: none"><li>• 7. Синдром поражения легких, плевры и средостения</li><li>• Оценить динамику тени на Рг</li><li>• Оценить колич. пачко-</li></ul>	<p>Пневмонии, вызванные микоплазмами, легионеллами, риккетсиями, иерсиниями</p> <p>Туберкулез легких</p> <p>Бронхогенный рак</p> <p>Абсцесс легкого</p> <p>Эмпиема плевры</p> <p>Пневмомикозы (аспергиллез)</p> <p>Периодическая болезнь</p> <p>Лимфогранулематоз</p> <p>Полисерозит</p> <p>Саркома средостения</p>

# ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Ведущий дополнительный синдром	Наиболее вероятный круг заболеваний
<ul style="list-style-type: none"><li>8. Синдромы поражения сердечно-сосудистой системы</li></ul>	Инфекционный эндокардит (быстро прогрессирующая форма) Ревмокардит (первичный или возвратный) Миокардиты Перикардиты Синдром Дресслера Миксома сердца Рецидивирующая ТЭЛА Неспецифический аорто-артериит различной локализации Воспалительный артериит (болезнь Уегнера)

# ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Ведущий дополнительный синдром	Наиболее вероятный круг заболеваний
<ul style="list-style-type: none"><li>• 9. Мочевой синдром</li><li>• Дин эритроцитов</li><li>• Бакт более 10<sup>5</sup></li></ul>	<p>Пиелонефрит Апостематозный нефрит Туберкулез почек Сепсис Инфекционный эндокардит Системная красная волчанка Узелковый периартериит Гипернефрома Ревматоидный артрит Саркоидоз</p>

# ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Ведущий дополнит синдром	Наиболее вероятный круг заболеваний
<ul style="list-style-type: none"><li>• 10. Боли в животе</li></ul>	<p>Нагноительные процессы в брюшной полости (абсцессы) Региональный илеит (бол. Крона) Неспецифический язвенный колит Опухоли различной локализации (ЖКТ, печень, подж. железа). Туберкулез (мезентериальных л/у, брюшины) Периодическая болезнь Узелковый периартериит Лимфогранулематоз Лимфосаркома с поражением л/у</p>



# ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Ведущий дополнит синдром	Наиболее вероятный круг заболеваний
<ul style="list-style-type: none"><li>• Кожные проявления</li></ul>	<p>Лекарственная аллергическая реакция Рожистое воспаление Узловатая эритема (требует исключения туберкулеза, саркоидоза, ревматизма, онкологического заболевания у пожилых) Опухоли (паранеопластические кожные синдромы – черный акантоз, кольцевая эритема, пруриго, герпетиформный дерматит) Панникулит (б-нь Вебер-Крисчена) Дерматомиозит Узелковый артериит Системная красная волчанка Ревматоидный артрит</p>

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

## СЫПЬ

Локализация и характер сыпи	День появл	Клиническая картина	Заболевание
Сливная эритема с шелуш. Распространен, бледнеющая при надавл. эритема, которая нач-ся на лице и распр-ся на туловище и конечности. Характерная бледность носогубного треугольника. Кожа на ощупь напоминает «наждач. бумагу»	1-2-й дни	Анемия. Гол. боль. Язык снач покрыт белым налетом, затем стан. красным. На 2-й нед заб - шелушение	Скарлатина
Нач-ся с волос. части головы, лицо, грудь, спина. Мелко-папул., затем везикуло-папулез. Все эл-ты мб одновременно		Зуд	Ветряная оспа
Пятнисто-папулез. сыпь, пр-но с локализ на лице, шее, спине, ягодицах, кон-тях. Сыпь быстро исчезает (см Форхгеймера)		Распр. Лимфаденопатия. Артрит	Краснуха
Пятнисто-папулез, слегка возвыш-ся. Сыпь распр-ся вниз от линии роста волос на голове, далее на лицо, грудь, туловище, кон-ти	2й д с до 6 дн	Пятна Бельского-Филатова-Коплика на слиз щек. Конъю-т. Катар явл. Слаб-ть	Корь
Мелко-папулез (корепод-й) хар-р сыпи: мелкопятнистая, розеолез, папулез петехиальная. Элементы сыпи держ 1-3 дня и бессл. исчезают. Новых высыпаний обычно не бывает	3-5-й дни	Лимфаденопатия. Фарингит. Гепатоспленомегалия	Инфекцион моноуклеоз
Сыпь розеолез, быстро переход в петехиальную. Пестрый хар-р подсыпаний - тип «звездного неба». Нач-ся на бок. пов-тях туловища, затем на сгиб поперх-ях конеч-тей, редко - на лице	5-й день	Интоксикация. спленомегалия. «Кроличьи» глаза	Сыпной тиф
Розовые пятна и папулы диаметром 4 мм, бледнеющие при надавливании. В первую очередь появляющиеся на животе, груди	8-9-й дни	Голов. боль. Миалгия. Боль в животе. гепатоспленомег. Брадикардия. Бледность. Утолщенн, с налетом язык,	Брюшной тиф. Паратиф

# ДИФФ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЙ

Характер изменений миндалин	Диагноз	Проводимые мероприятия
Увеличены, гиперемированы, налетов нет	Катаральная ангина	Контроль неск. дней. Искл. лакунар и фолликул. ангину
Увеличены, гиперемированы, на их поверхности серо-белые пятнышки - набухшие фолликулы	Фолл. ангина. Аденовирус. Инф-я (если соч-ся с хар-ной зернистостью зад. стенки глотки)	Консультация отоларинголога
Увеличены, гиперемир, в лакунах - налеты, легко снимаются шпателем	Лакунарная ангина	Консультация отоларинголога
Налеты беловатые, распр-ся на язычок, зад стенку глотки, трудно соскабл-ся, после их удаления кровоточ. пов-ти, неприят сладковатый запах	Дифтерия	Мазок из зева на возб-я. Госп-я в инфекц. Отд-е ЛПУ
На измененных миндалинах налеты, но легко снимаются	Скарлатина	Введ-е антитоксич. Противо-скарлатин сыв-ки. Антибиотики. Госп-я в инфекц. отд ЛПУ
Увеличены, с желтоватым налетом	Инфекционный мононуклеоз	С конца 1-й нед полож. р-я Пауля-Буннеля. Госп-я в инф от
Изъязвления имеют грязный налет	Появление первичного аффекта при сифилисе	Конс отоларинголога. Напр-е в кож-вен дисп-р. Мазок из зева. Кровь на RW

# ИЗОЛИРОВАННАЯ ЛИХОРАДКА

- Если у больного с ЛНГ не выявлено иных (кроме лихорадки) диагностически значимых признаков к-л заболевания, то говорят об «изолированной» лихорадке.
- В этом случае целесообразно построить диагностический поиск на основе наличия или отсутствия увеличения СОЭ и «воспалительных» сдвигов в белковых фракциях сыворотки крови (повышение фибриногена, С-рб, сермукоида, альфа-2 глобулинов)

# ЛНГ

Имеются увеличение СОЭ, воспалительный сдвиг белковых фракций

## Ситуация 1

Туберкулез (чаще – внелегочный)

Исключаем 1

Абсцессы брюшной полости разл локализации

Исключаем 2

Тиреоидит, холангит, ТЭВЛА

Исключаем 3

Лимфопролиферативные заболевания с нетипичной или изолированной локализацией

Исключаем 4

# ЛНГ

**ОТСУТСТВУЮТ**  
Увеличение СОЭ,  
воспалительный сдвиг  
белковых фракций

## Ситуация 2

Опухоли  
ГОЛОВНОГО  
МОЗГА

Исключаем 1

Лекарственная  
болезнь

Исключаем 2

Аггравация

Исключаем 3

Профессиональн  
ая лихорадка

Исключаем 4

# ЛНГ – ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ В РАЗНЫХ ГРУППАХ ТУБЕРКУЛЕЗ

Атипичность течения

Увеличение неспецифических проявлений  
(суставной синдром, узловатая эритема)

Частая внелегочная локализация:

- Туберкулез лимфатических узлов (мезентериальных и периферических)
- - туберкулез серозных оболочек – перитонит, плеврит, перикардит.
- - туберкулез урогенитального тракта
- - туберкулез позвоночника

**В последние годы наблюдается внелегочная локализация без диссеминации в легких.**

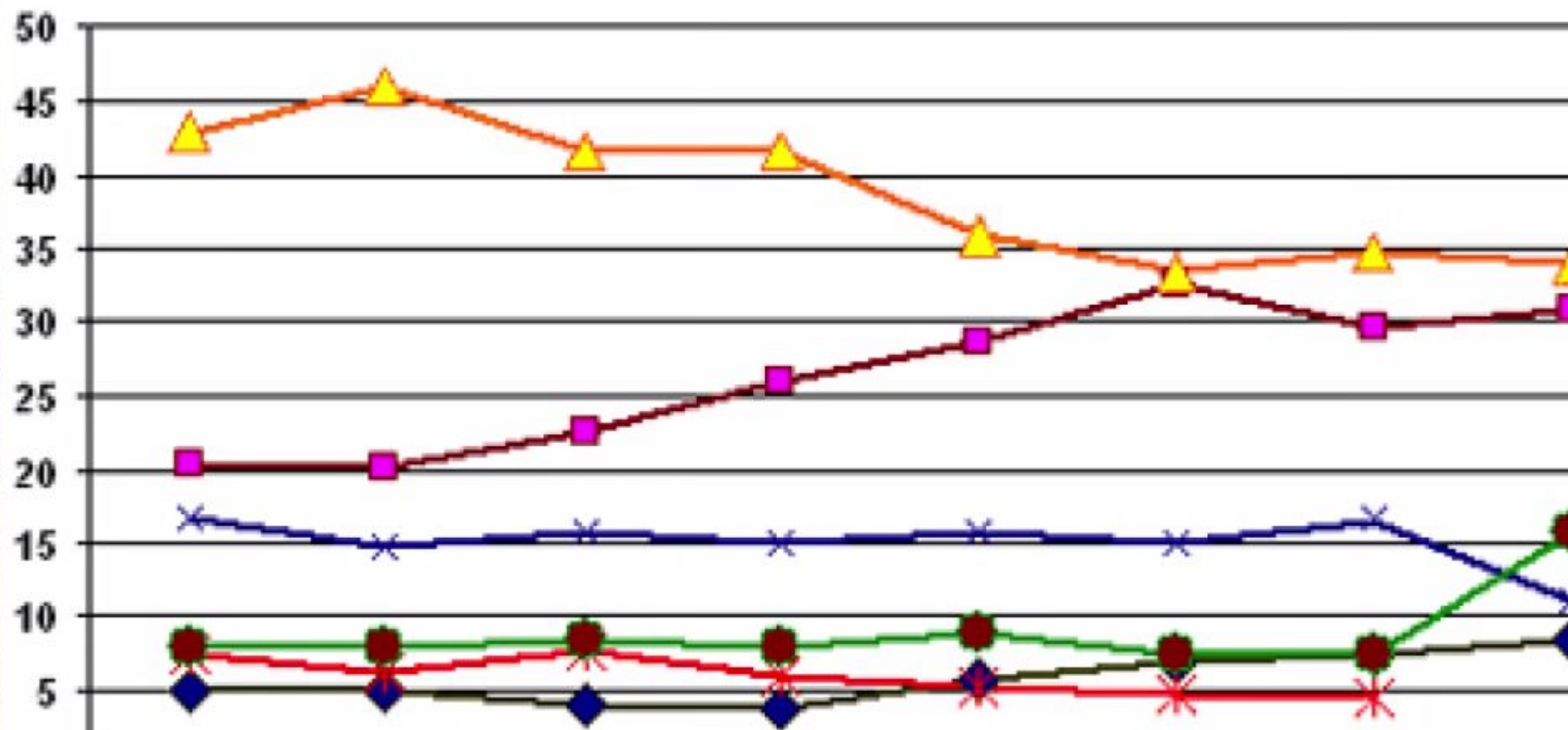
e.mail.ru отображается в полноэкранном режиме.

Разрешить

Обычный режим

# Турсервисы в интернете (сентябрь 2010 г.)

## дальний восток





# НАГНОИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

- **Самая частая причина – абсцессы брюшной полости и таза:**
- Поддиафрагмальный
- Подпеченочный
- Внутripеченочный
- Межкишечный
- Паранефральный
- Тубоооариальный
- Холангит – внутripеченочный абсцесс
- Апостематозный нефрит

# ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ

- Относится к группе трудного диагноза
- Его предполагают при:
  - - Исходно измененных клапанах (ревматизм, атеросклероз)
  - - Нагноительных заболеваниях – панариций, рожистое воспаление и т.д.
- Отсутствие вегетаций на Эхо-КГ, роста микроорг не является основой для отказа от диагноза ИЭ.
- Диагноз ставится по признакам нарушения гемодинамики:
  - Наличия застоя
  - Наличие эмболии
- Основа правильного диагноза – критерии DUKE.

# ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ.

- *Инфекционный эндокардит (ИЭ)* стал встречаться знач. чаще; распознается редко, диагноз устан-ся поздно.
- Наиболее ранним и ведущим симптомом явл. повышение температуры.
- Лихорадка имеет волнообр. или постоянный хар-р, м.повыш. только в определенное время суток.
- Озноб или познабливание -практически у всех больных первичным ИЭ.
- **Повышенная потливость головы, шеи, верхней половины туловища.** Потоотделение, возн-е в момент снижения темп., не облегчает состояние больного.
- Снижается трудоспособность, ухудшается аппетит, снижается масса тела.
- Наличие васкулита, спленомегалии, снижение гемоглобина, стойкое повыш. СОЭ.
- При подозрении на ИЭ - проводить 3-4-разовую термометрию в теч. суток на прот. Неск. дней.
- Если повышенная темп. сохраняется 7-10 дней, рек-ся, предв. исключив пневмонию, другие восп. процессы, тщательно обследовать больного,
- обязательно бактериол. Исслед. Крови. Кровь на гемокультуру брать в ранние сроки, многократно, до начала антибакт терапии.
- Необходима госпитализация в стационар, а при выписке б-е должны постоянно набл-ся уч. терапевтом или кардиологом.

# ОСТЕМИЕЛИТ

- **Места наиболее частой локализации:**
- Позвоночник, кости таза, стоп
- Имеет **чаще всего гематогенное** происхождение
- Выраженность костных проявлений – от дискомфорта до выраженного болевого синдрома
- Отрицательный результат рентгенологического исследования – не основание для исключения диагноза
- **Основной метод диагностики – сцинтиграфия костей**
- В ряде случаев необходимо прибегнуть к биопсии кости

# СИСТЕМНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Следует обращать внимание **на пожилых больных с резко ускоренным СОЭ**
- - **ревматическая полимиалгия** – системная полимиалгия
- - **височный артериит** – головная боль+ утолщение височной артерии
- Эти заболевания пропускают чаще всего

# ЛНГ ПРИ ПРОЧИХ БОЛЕЗНЯХ

- **Тиреоидит**
- **Лекарственная болезнь**
- **Периодическая болезнь**

# ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ

- Неадекватность методики бактериального исследования (нарушение техники забора крови и биологических жидкостей, неправильно выполненный посев, несвоевременный забор материала).
- Переоценка результатов бактериологического исследования: отрицательных (даже при сепсисе в 10-20% случаев возб-ль не высевается) и положительных (при неадекватности методики забора материала возможен рост «посторонней» флоры).

# ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ

- **«Повальное» назначение антибиотиков широкого спектра всем больным с лихорадкой.**
- Следует помнить, что ЛНГ м.б. связана не только с инфекционным процессом, но и с другими причинами, при которых а/б могут принести вред (н-р, при СКВ).



# ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ

- Назначение ГКС.
- ГКС угнетают лихорадку любого происхождения (за счет подавления иммунного ответа и IL-1), что затрудняет диагностику.
- ГКС могут способствовать генерализации первичного очага инфекции.

# ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ

- Неадекватность методики и/или **переоценка результатов биопсии л/у.**
- Для биопсии **следует выбирать наиболее плотный л/у** (а не наиболее большой или доступный).
- Наиболее точной методикой изучения л/у является его резекция с гистологическим изучением

# ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ

- Переоценка значение мнения **консультантов** (инфекционистов, фтизиатров), которые, не наблюдая у больного типичной клинической картины «своего» заболевания, отвергают данную патологию, **забывая о том**, что перед ним – **пациент с ЛНГ, у которого заболевание имеет атипичное течение.**

# ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ

- Переоценка важности выраженности стойкой лихорадки.
- Характер самой лихорадки **зависит не от размеров патологического очага**, а **от реакции на него клеточно-гуморального иммунитета и выработки лимфоцитами лимфокинов**.
- Поэтому снижение лихорадки не свид-т об элиминации процесса приведшего к его возникновений.



# ВОЗМОЖНЫ ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ И СИСТЕМ

- *Суставы* - распухание и болезненность (бурситы, артриты, остеомиелит).
- *Молочные железы* - пальпаторное выявление опухоли, болезненности, выделений из сосков.
- *Легкие* - выслушиваются влажные хрипы (возможны при пневмонии), ослабление дыхания (плеврит).
- *Сердце* - шумы при аускультации (возможны бактериальный эндокардит, миокардит, миксома предсердия).
- *Живот* - имеет значение выявление при пальпации увеличения органов брюшной полости, болезненности, обнаружение опухолевидных образований.
- *Урогенитальная зона*: у женщин - патологические выделения из шейки матки; у мужчин - выделения из уретры.
- *Прямая кишка* - патологические примеси в стуле, дополнительные образования, наличие крови при пальцевом исследовании.
- При неврологическом исследовании могут обнаруживаться признаки инфекции центральной нервной системы (ЦНС), такие как менингизм или очаговые неврологические нарушения.

# Лабораторные и инструментальные исследования при

Обязательные исследования	Дополнительные исследования		
	лабораторные	неинвазивные инструментальные	инвазивные инструментальные
Общ ан. крови с лейкоформулой	Серолог. реакции на вирусные гепатиты	Рентгеногр. придат пазух носа	Биопсия кожи
Биохимические показатели функций печени и почек	Серол р-ии на инфекц, вызв вирусом Эпштейн-Барра	Компьют томогр (КТ), МРТ головного мозга	Биопсия печени
Посев крови (3-х кратный)	Определение АНА	ЭхоКГ	Трепанобиопсия подвздошной кости
Серологические реакции на сифилис	Определение РФ, LE клеток, СРБ	Допплер. Исслед вен нижних конечностей	Биопсия лимфоузлов
Электрофорез сывороточных белков	Серол. реакции на инфекции вирусом ЦМП	сцинтиграфия легких	Люмбальная пункция
Внутрикожная проба Манту	Серологические реакции на инфекции, вызванные ВИЧ	Рентген. исслед верхних отделов ЖКТ и ирригоскопия	Диагностическая лапароскопия
Флюорогр ОГК	Серологические реакции	КТ и МРТ бр полости и малого таза	Исслед.
ЭКГ		Экскрет. Урография.	Перикардального, плеврального,
Общ ан мочи		Райта-Хедлпсона	Обзорная рентгеногр и

# Этапы дифференциально-диагностического поиска в соответствии с нозологией

- **Аденовирусная инфекция** - повышение температуры с небольшим ознобом. Лихорадка в течение 1-3 нед. Темп. кривая носит постоянный характер. Хар-ны кон-т, лимф-тия, длительное, волнообр теч заболевания.
- При *одонтогенной очаговой инфекции* нередко субф темп рег-ся в утр. время (до 11-12 ч). Хар-но плохое самочув. после ночного сна. Вечером темп. чаще нормальная. Лечение у терапевта.
- **Одонтогенный хр. гайморит** может сопровождаться слабостью, недомоганием, субфебр, гол. болями, возн. в вечернее время. затруднение нос. дыхания, неприятные ощ. в носоглотке и гортани. слизисто-гнойный или гнойный ринит с отделяемым. часто сопр-ся зубной болью. Мб отечность щеки и века, пальпация гаймор пазухи болезн. Rg ППН, УЗИ, конс. ЛОР.
- **Хр. периодонтит**, чаще апикальный. болезненность при надав. на больной зуб, гиперемия и отечность слизистой десен, болезн при пальпации. Субфебр мб при нагноении зубных кист на верхней челюсти, м. сочет-ся с гайморитом. Конс. стоматолога. Rg верх и ниж. челюстей.
- **Вялотекущий хр. Сред. Отит** - выделения из наружного слухового прохода, снижение слуха. Мб головокружение, головная боль. Возможен периодич. субфебрилитет.



# Этапы дифференциально-диагностического поиска в соответствии с нозологией (2)

- Должна быть исключена **хроническая урогенитальная инфекция** – хр. сальпингоофорит, пиелонефрит, простатит.
- **Хр. сальпингоофорит** - одно из самых частых восп заболеваний у женщин. Причина – инфекц и венерич. болезни с вовлеч. Урогенит. тракта: хламидиоз, гонорея, микоплаз. инф, урогенит. герпес. Обострение – при переохл., менстр. или переутомлении. Жалобы на ноющие, тупые боли внизу живота, повышение темп., сниж .трудосп. *Конс. Гинеколога .*
- **Хр. пиелонефрит** - Жалобы могут отсутствовать , м.б. слабость, повышенная утомляемость, субф темп, познабливание, мб боль в поясн. области, расстройство мочеисп., изменение цвета и характера мочи (полиурия, никтурия); повышение АД. Общ ан мочи и ан по Нечипоренко, хромоцистоскопия, УЗИ, КТ. Наблюд. у тер. и уролога.
- **Хронический холецистит** - чаще встреч. у женщин, особенно при ожирении, перенес . вир. гепатит, ЖКБ, ахолический гастрит. Обычно -боли в пр подреберье, могут носить постоянный характер, усил- ся при быстрой ходьбе, беге, тряске; дисп. явления, астен. синдром. болезненность в правом подреберье при пальпации. Симптомы Кера, Образ- цова-Мерфи, Грекова-Ортнера. Дуоденальное зондирование, посев пузырной желчи , биохим. Иссл. желчи, холецистография, УЗИ. При невыраженном обострении - амбулаторное лечение.

## Этапы дифференциально-диагностического

- **поиска в соответствии с нозологией**  
Если больной страдает пороком сердца с нарушением ритма, появление лихорадочного синдрома может быть проявлением ТЭЛА мелк. Ветвей. Пациенты жалуются на загрудинные боли, резко выраженную одышку. план обследования: клин. и биох. анализы крови, ЭКГ, ЭхоКГ, ХМ ЭКГ, рентген ОГК, ангиография МКК, радиоизотопное сканир. легких.
- ***Миокардиты.***
- В анамнезе перенесенные инфекции. Жалобы на боли в области сердца, одышку, слабость, адинамию.
- При физикальном обследовании - систолический шум над верхушкой сердца и увеличение его размеров.
- клинический и биохимические анализы крови, острофазовые показатели, ЭКГ, ЭхоКГ.
- Госпитализация в кардиологический стационар для дообследования и лечения, с последующим наблюдением участкового терапевта и кардиолога.

- Необходимо исключить *туберкулез*, особенно при отягощенном (даже минимально) анамнезе. Повышение температуры тела при туберкулезе м. набл-ся длительное время, без локализации процесса в каком-либо органе.
- Больные жалуются на снижение работоспособности, потливость, головные боли. Течение процесса отличается монотонностью и однообразием, самочувствие улучшается в летнее время. Чаще всего микобактериями поражаются легкие. Сначала кашель бывает сухим или с отделением небольшого количества мокроты. Такое состояние часто расценивают как обычное острое респираторное заболевание.
- Микроскопическое исследование мокроты и рентген ОГК, реакция Манту, иссл. промывных вод при бронхоскопии.
- Органы ЖКТ поражаются туберкулезом редко, полиморфизм (чаще в процесс вовлекается кишечник). Пальпация живота болезненна в правой подвздошной области и около пупка. Обзорная рентгеногр и УЗИ ОБП, обнаруж-ся обызвествленные лимф. узлы, кальцинаты; лапароскопия, диагн. лапаротомия.
- Туберкулез мочеполовой системы. Чаще поражаются маточные трубы, яичники - редко. Хар-ны перифок. спаечные изменения, пельвиоперитонит. В анамнезе сведения о перенес туберкулезе. Характерны нарушение менструальной функции, альгоменорея, бесплодие. Конс. фтизиатра.

- При **бруцеллезе** эпид ан-з: контакт с жив-ми (овцы, козы), употребл. сырого мяса и молока, участие в перераб. животн. сырья, зимне-весен. сезонность. Хар-ны длительное повыш темп, с ознобами и проливн потами, хорошая перенос-ть лихорадки, боли в суставах, симпт-ка бронхита, пневмонии.
- В общ ан крови нормоцитоз и лейкопения, лимфоцитоз. На 5-е сут - положит реакция агглютинации Райта-Хеддльсона, диагност. титр 1:200.
- У больного **малярией** - пребывание в эндем р-нах. Лихорадка пароксизм., периодическая. Возн. желтуха, гепатоспленомегалия. В ан. крови -гемолит анемия, нейтрофилия, повыш. непр билирубина. Иссл. на плазмодии малярии крови в толстой капле и тонком мазке с окр. по Романовс.-Гимзе - неоднокр.
- **Токсоплазмоз.** При тифозной форме на 4-7-й день болезни возн. макуло-папулез. сыпь по всему телу. Часто лимфаденопатия, гепатоспленомегалия. Заб-е протекает тяжело. При энцефалит. форме – пораж. ЦНС (энц-т, менингит).
- **Инф. мононуклеоз** выз-ся вирусом Эпштейн-Барра. Повыш. темп., восп. миндалин, увелич.лимф. узлов и появл. в крови атипич. мононуклеаров и гетерофильных антител. Продром. период- 1 - 2 нед. Затем появл. лихорадка, боли в горле, увел. лимф узлов (заднешейн и затылоч),

- *Хр. вирусный гепатит.* Редко может протекать с гипертермией в качестве ведущего симптома.
- Вероятно возникновение диспепсии, артралгий, астеновегет. и катар. синдромов, возм. кожный зуд.
- Функц. пробы печени, анализ крови, анализ мочи, HBsAg, сканир. Печени.
- *Неспецифическим язвенным колитом (НИК)* жалобы на многократный жидкий стул с примесью гноя, крови и иногда слизи, тенезмы, боли по всему животу, слабость, похудание. Бледность и сухость кожи, слизистых оболочек, снижение тургора кожи, тахикардия, артериальная гипотония, уменьшение диуреза, гепатоспленомегалия. Толстая кишка при пальп. болезненная, урчит. Характерна узл. эритема. Мб ириты, конъюнктивиты, блефариты. общий ан. крови - анемия, лейкоцитоз со сдвигом влево; биохим. исслед.; копрол.; бактериол. Ан. кала (для искл. дизентерии и др. КИ). эндоскопия и микроскопия биоптата слизистой.
- *Болезнь Крона* - Чаще патологический процесс поражает тонкую кишку. жалобы: боль в животе, диарею, синдром нед-го всасывания, поражение аноректальной области (свищи, трещины, абсцессы); повышение температуры, анемия, снижение массы тела, артрит, узловую эритему, атрофич. стоматит, поражение глаз.
- - Ан крови (анемия, лейкоцитоз, повышение СОЭ); - биохим. ан крови (гипоальбуминемия, гиполипидемия, гипогликемия, гипокальциемия); - анализ кала (микроскопия, химическое и бактериологическое

- *Ревматоидный артрит (РА)*. Неск. месяцев может предш-ть продром. период с мигрирующими суставными болями, периодическим повышением температуры тела, уменьшение массы тела, снижение работосп., аппетита.
- наличие острофазовых р-ций, РФ, рентген суставов (остеопороз эпифизов костей), УЗИ, ЭКГ.
- *Системна крас волчанка*. При возникновении у молодой женщины лихорадки, чувствительной к жаропонижающим средствам и полностью резистентной к антибиотикам, особенно в сочетании с лейкопенией, необходимо исслед крови на LE-клетки), антител к ДНК, антинуклеарного фактора.
- *Узелковый периартериит* иногда также начинается с изолированной упорной лихорадки. Но этот период непродолжителен.
- *Идиопатический анкилозирующий спондилоартрит* (б-нь Бехтерева). В начальной стадии жалобы на ноющие боли в пояснично-крестцовой области, возн. при длит. пребывании в одном положении, чаще в ночное время, особенно к утру. Имеется нарушение осанки и походки: больной двигается, широко расставляя ноги и совершая качательные движения головой.
- В ан. Крови - анемия, увеличение СОЭ, увеличение  $\alpha_2$ -глобулинов, СРБ, увеличение ЦИК и IgG. На рентгеногр. сакроилеит, анкилоз крестцово-подвзд. сочленения, поражение межпозвоночных

- *Злокачественные новообразования.* Гипертермический эффект может быть единственным клиническим проявлением при: гипернефроме, лимфоме, раке желудка, остром лейкозе, при метастазах различных опухолей в кости.
- Лихорадка также может быть связана с распадом быстрорастущей опухоли, но в этих случаях имеются отчетливые местные симптомы.
- Цитостатики могут приостановить продукцию опухолевых эндогенных пирогенов.
- Диагностический поиск должен осуществляться во всех направлениях.
- При *лимфогранулематозе* и *неходжкинских лимфомах* - рек-но УЗИ ОБП, нижняя лимфоангиография.
- При длительном субфебрилитете – исключать *ВИЧ*; оппортунистические инфекции протекают атипично: пневмоцистная пневмония при достаточно массивном поражении легких может проявиться субфебр. температурой, редким кашлем по утрам, общей слабостью и умеренной одышкой.
- Не следует забывать о *сифилисе* и других *венерических заболеваниях*.

- *Психовегетативный синдром.* Чаще страдают женщины.
- 1. *полисистемные вегетативные расстройства:*
- 1) нервная система – несист. головокруж., общ-е неустойчивости, дурноты, предобмор. Сост., тремор, мышеч. подерг-я, вздрагив., парестезии, мышеч. судороги;
- 2) серд-сосуд. сист. – тахик-я, экстрасист., непр. ощ. в груди, кардиалгия, артер. гипер-или гипотензия, дист. акроцианоз, фено. Рейно, волны жара и холода;
- 3) респират. система – ощ. нехватки воздуха, одышка, чувство удушья, затрудн. дыхание, «ком» в горле, ощ. утраты автоматизма дыхания, зевота;
- 4) гастроинтест. система – тошн., рвота, сухость во рту, отрыжка, метеоризм, урчание, запоры, поносы, абдом. боли;
- 5) терморегуляц. система - неинфекционный субф-т (в ночное время темп. часто норм-ся, при измер. темп. в 3 точках - типичная асимметрия, не исчезает в ответ на антибакт. терапию), периодич. ознобы, дифф. или лок. гипергидроз;
- 6) урогенитальная система - поллакиурия, цисталгии.
- 2. Жалобы пациента сопряжены с: - наруш. сна ; - раздраж-тью по отн.к привычным жизн. ситуациям (н-р, повышенная чув-ть к шуму); - чувством пост. усталости; - наруш. внимания; - изменением аппетита;



- Нарушение терморегуляции *гипоталамического генеза* с развитием субф-та мб при опухолях, травмах, инфекц. и сосуд процессах в этой области. Хар-на кожная термоасимметрия. Общее сост. Б-го суц-но не страдает даже в период высокой температуры. Возможны гипертермич. кризы с резким пароксизм. повышением температуры. Мб другие проявления гипоталам.синдрома, н-р симпатико-адреналовые кризы. КТ головного мозга и т.д. Конс. невролога.
- *тиреотоксикоз*. Нарушение терморегуляции с пост. субф., не подд-ся действию анальгетиков. жалобы на раздр-ть, эмоц. лабильность, бессонницу, тремор конеч-й, потливость, частый стул, неперен. жары, потерю веса, несм. на обычный аппетит, одышку, приступы сердцебиения. При осмотре кожа теплая, ладони горячие, волосы тонкие, тремор пальцев и кончика языка. Пристальный или испуг. взгляд, глазные симптомы, синус. тахиар, мерц. аритмия, кардиомегалия. Т3, Т4, ТТГ, УЗИ щит.жел., МРТ. Конс. Эндокринолога.
- При *глистных инвазиях* и *паразит. заб-ях*.
- *Гемолит. анемии, железодеф. и В<sub>12</sub>-дефицит. анемии*. Ан. крови с ретикулоц., микроск. мазка периф. крови, железо в орг-ме, пункцию костного мозга (уменьш. сидеробластов), биохим. ан крови, общ.ан. мочи, ан. кала на скр. кровь, ФГС, РРС. Лечение у гематолога.

- Стойкий субфебрилитет мб у женщин в *период климакса*. типичны «приливы» с оц-ем жара, головные боли, познабливание, артралгии, лабильность пульса и АД, расстройство сна. жалобы: неустойчивое настроение, тоскливость, беспокойство, фобии, реже - эпизоды повышенного настроения с элементами экзальтированности.
- Конс. гинеколога-эндокринолога; функциональное состояние яичников, уровень гонадотропных гормонов в крови.
- К *физиологическим субфебрилитетам* относятся кратковременные эпизоды субфебрилитета у практически здоровых лиц после физической перегрузки, в результате избыточной инсоляции.
- Тенденция к постоянному, обычно невысокому, субфебрилитету может быть наследственно обусловлена - это так называемый *конституциональный* «привычный» субфебрилитет. Как правило, он регистрируется с детских лет. У лиц с этим вариантом субфебрилитета отсутствуют какие-либо жалобы и изменения лабораторных показателей.

- С учетом того, что лихорадка имеет чаще всего вирусное происхождение, в амбулаторной практике необходимо воздерживаться от применения антипиретиков в первые дни заболевания, вплоть до оценки эволюции заболевания или выяснения этиологической причины, так как искусственным снижением температуры тела ингибируется целый ряд эволюционно закрепившихся механизмов компенсации повреждения организма, таких как фагоцитоз, синтез простагландинов, интерлейкинов, интерферона, угнетаются окислительные процессы, кровоток, тонус и активность скелетных мышц.
- **Запомните!** *Лихорадка с температурой тела менее 38 °C не требует лечения, кроме больных с высоким риском, тяжелой фоновой патологией или ее декомпенсацией:*
  - - поражением сердечно-сосудистой системы;
  - - гиперпиретическими реакциями;
  - - лихорадкой у детей младшего возраста, склонных к развитию судорожного синдрома;
  - - отдельными клиническими случаями заболеваний, требующих специализированной оценки, например при беременности в акушерской практике, при лечении бактериального шока