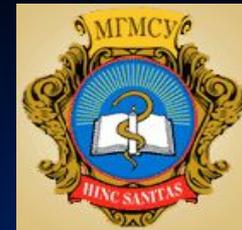


Московский государственный
медико-стоматологический
университет



Кафедра госпитальной терапии

Лихорадки неясного генеза

Лихорадка неясного генеза

Это повышение температуры тела выше 38°C , постоянное или с периодическими регулярными подъёмами, продолжительностью более 3-х недель при неясном диагнозе после проведения общепринятого обследования. Лихорадка может сопровождаться ознобом, потливостью, слабостью, головными болями и другими проявлениями интоксикации.

Основные критерии лихорадки неясного генеза включают:

- Исключение острых или обострение хронических инфекционных заболеваний;
- Неясность диагноза после проведения общепринятых (рутинных) методов обследования;
- В большинстве случаев в основе лихорадки неясного генеза лежат хорошо известные заболевания, проявляющиеся атипичным течением в виде преобладания лихорадочного синдрома, а не редкие или необычные патологические процессы.

Заболевания, проявляющиеся лихорадкой неясного генеза условно можно разделить на 4 группы

1. Генерализованные или локальные инфекционные процессы (сепсис, легочный или внелегочный туберкулез, бактериальный эндокардит, абсцессы различной локализации, воспалительные процессы в гепатобилиарной области, тромбофлебиты, инфицированные пролежни) 30-50% всех неясных случаев;
2. Злокачественные опухоли, в том числе различные гемобластозы, алейкемические лейкозы и лимфомы (20-40% диагностически сложных лихорадок), а также опухолевые заболевания с паранеопластическими реакциями (гипернефрома, гепатома, рак желудка, поджелудочной железы – 13%);
3. Системные поражения соединительной ткани (иммунокомплексные васкулиты) 10-20% случаев;
4. Редко встречающиеся разнообразные заболевания, а также нейроэндокринные нарушения (тиреотоксикоз, гипоталамический синдром), искусственные лихорадки.

- Приблизительно у 10-15% больных причину лихорадки расшифровать не удастся, несмотря на применение современных информативных методов диагностики. Повышение температуры при вышеуказанных патологических процессах обусловлено в конечном итоге воздействием на центр терморегуляции, располагающемся в переднем гипоталамусе эндогенного пирогена. Последний продуцируется макрофагами, нейтрофилами, моноцитами и в меньшей степени эозинофилами в процессе иммунного ответа на появление различных микроорганизмов (бактерии, вирусы, грибы), немикробных агентов, избытка иммунных комплексов, сенсibilизированных Т-лимфоцитов, эндотоксинов различного происхождения, продуктов клеточного распада. Способностью продуцировать эндогенный пироген обладают также клетки некоторых злокачественных опухолей (рака почек, гепатома, лимфопролиферативные опухоли, лейкозы, особенно макрофагально-моноцитарной природы и другие).

Диагностический поиск при лихорадке неясного генеза

I этап – Выявить у больного с лихорадкой дополнительные клинико-лабораторные признаки на основании первичного осмотра и проведения общепринятых (рутинных) лабораторных методов исследования.

II этап – На основании выявленной клинико-лабораторной картины предположить соответствующее заболевание или сходную группу заболеваний, т.е. сформулировать предварительную диагностическую гипотезу.

III этап – Обосновать назначение и провести дополнительные наиболее информативные в данном случае исследования для подтверждения диагностической гипотезы.

IV этап – Сформулировать развернутый клинический диагноз, включающий основное заболевание, наличие осложнений на основании полученных результатов проведенного обследования.

Лихорадка в сочетании с суставно-мышечным синдромом

Основные заболевания	Клинико-лабораторные признаки	Наиболее информативные методы исследования
Ревматизм (ревматическая лихорадка)	Кратковременность суставного синдрома, панкардит, кольцевидная эритема	Эхокардиография, определение титра АСЛ-О, ЭКГ, ФКГ
Ревматоидный артрит	Утренняя скованность, атрофия межкостных мышц, узелки на коже, деформация суставов, рентгенологические признаки	Исследование ревматоидного фактора в крови, синовиальной жидкости, рентгенография суставов
Реактивные артриты	Развитие артрита после различных инфекций (носоглоточной, кишечной, мочеполовой), обратимость, склонность к рецидивированию	Бактериологическое и серологическое исследования крови, типирование антигенов В-27 и HLA-системы
Бруцеллез	Профанамнез, лимфаденопатия, корешковая неврологическая симптоматика, лейкопения	Серологические исследования крови, консультации инфекциониста
Системная красная волчанка	Кожные проявления, полисерозиты, лимфаденопатия, мочевого синдром, цитопении	Исследование крови на LE-клетки, антинуклеарный фактор, антитела к ДНК

Основные заболевания	Клинико-лабораторные признаки	Наиболее информативные методы исследования
Дерматомиозит	Кожные проявления, миастения, дисфагия, аспирационные пневмонии, частое сочетание с опухолью	Консультация невролога, биопсия кожи, мышц
Узелковый артериит	Полиневриты, артериальная гипертензия, абдоминальный синдром, стенокардия, похудание, изменения в моче, бронхоспазм, лейкоцитоз, подкожные узелки, эозинофилия	Диагностика по совокупности клинических признаков, биопсия кожи
Трихинеллез	Признаки гастроэнтерита, отёк век и лица, эозинофилия	Серологические исследования крови, биопсия мышц
Ревматическая полимиалгия	Пожилой возраст, миалгии плечевого и тазового пояса	Биопсия кожно-мышечного комплекса
Болезнь Стилла у взрослых	Женщины молодого возраста, кожные высыпания, лимфаденопатия, увеличение селезенки, полисерозиты	Диагностика по совокупности клинических признаков

Лихорадка в сочетании с лимфаденопатией

Основные заболевания	Клинико-лабораторные признаки	Наиболее информативные методы исследования
Инфекционный мононуклеоз	Молодой возраст, ангина, увеличение заднешейных лимфоузлов, крапивница, увеличение селезенки, лимфоцитоз, мононуклеары в крови	Морфологический анализ мазков крови, серологические реакции
Острый лейкоз	Увеличение селезенки, язвенно-некротические поражения слизистых, геморрагический синдром, анемия, тромбоцитопения, бластные клетки в крови	Морфологический анализ мазков крови, исследование костного мозга, цитохимические исследования
Хронический лимфолейкоз	Пожилой возраст, увеличение селезенки, абсолютный и относительный лимфоцитоз, тени Гумпрехта, аутоиммунный гемолиз	Морфологический анализ мазков крови, исследование костного мозга
Лимфогранулематоз	Ночная потливость, кожный зуд, отсутствие местного воспалительного очага	Гистологическое исследование лимфоузла

Основные заболевания	Клинико-лабораторные признаки	Наиболее информативные методы исследования
Лимфосаркома	Плотная консистенция лимфоузла, отсутствие местного воспалительного очага	Гистологическое исследование лимфоузла
Реактивный лимфаденит	Наличие местного воспалительного очага (гнойник, укусы, кошачья царапина) обратное развитие на фоне лечения или спонтанно	Выявление и определение характера местного очага
Саркоидоз	Частое увеличение бронхопюльмональных лимфоузлов, поражение легких, печени, узловатая эритема, иридоциклиты, отрицательные туберкулиновые пробы	Рентгенологическое исследование легких, биопсия лимфоузла, печени
Туберкулезный лимфаденит	Наличие петрификатов в легких, анамнестические данные, эффект от противотуберкулезной терапии	Гистологическое исследование лимфоузла

Системная красная волчанка – см.таблица №1
Ревматоидный артрит – см.таблица №1
Синдром Стилла взрослых – см. таблица №1

Лихорадка в сочетании с увеличением селезенки

Основные заболевания	Клинико-лабораторные признаки	Наиболее информативные методы исследования
Сепсис	Потрясающие ознобы, выраженная потливость, геморрагический синдром, анемия, изменения в моче, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом (возможна лейкопения и эозинофилия), токсическая зернистость нейтрофилов, наличие первичного очага, нарушение гемодинамики, гипотония, интоксикация	Бактериологическое исследование крови, исследование антител к возбудителю, пробная антибактериальная терапия
Абсцесс селезенки	Наличие инфаркта селезенки, левосторонний плевральный выпот	УЗИ, лапароскопия, компьютерная томография
Туберкулез (кальцинаты) селезенки	Наличие в анамнезе туберкулеза, петрификаты в легких, боли в животе, асцит, эффект от противотуберкулезной терапии	УЗИ, лапароскопия, лапаротомия

Основные заболевания	Клинико-лабораторные признаки	Наиболее информативные методы исследования
Сублейкемический миелоз	Выраженная спленомегалия, лейкоцитоз со сдвигом, тромбоцитоз, базофилия, трехростковая пролиферация в костном мозге, миелофиброз, миелосклероз	Гистологическое исследование костного мозга
Метамалерийная спленомегалия	Малярия в анамнезе, проживание в «малярийных» регионах, желтуха, эффект от противомалерийной терапии	Поиск малярийных плазмодиев
<p>Острый лейкоз – см.таблицу №2 Хронический лимфолейкоз – см.таблицу №2 Инфекционный мононуклеоз – см.таблицу №2 Лимфогранулематоз – см.таблицу №2 Лимфосаркома – см.таблицу №2 Системная красная волчанка – см.таблицу №1</p>		

Лихорадка в сочетании с увеличением печени

Основные заболевания	Клинико-лабораторные признаки	Наиболее информативные методы исследования
Хронический активный гепатит	Желтуха, увеличение селезенки, признаки системности, нарушение функциональных проб печени, повышение активности трансаминаз	Исследование активности ферментов, HBS Ag, биопсия печени
Холангит	Ознобы, интермиттирующая желтуха, увеличение селезенки, нейтрофильный лейкоцитоз, повышение активности щелочной фосфатазы и гамма глутамилтранспептидазы	Посев желчи, холангитография, лапароскопия
Абсцесс печени	Ознобы, правосторонний плевральный выпот, анемия	УЗИ, лапароскопия, пункция печени
Первичный рак печени	Плотность, неровность поверхности, быстрый рост, отсутствие первичного опухолевого очага, боли, похудание	УЗИ, лапароскопия, ангиография, исследование альфа-фетопротеина (р-ция Абелева)
Метастатическое поражение печени	Плотность, неровность поверхности, боли, похудание, наличие первичного опухолевого очага, асцит	УЗИ, выявление первичного очага

Лихорадка в сочетании с анемией

Основные заболевания	Клинико-лабораторные признаки	Наиболее информативные методы исследования
Апластическая анемия	Язвенно-некротические поражения слизистых, геморрагический синдром, лейкопении (нейтропения), относительный лимфоцитоз, ретикулоцитопения, бедность пунктата костного мозга клетками	Гистологическое исследование костного мозга (трепанобиопсия)
Гемолитические анемии (главным образом аутоиммунные)	Желтушность кожи, увеличение селезенки, выделение темной черной мочи, ретикулоцитоз, лейкоцитоз, повышение непрямого билирубина, повышение количества эритрокариоцитов в костном мозге	Исследование костного мозга, пробы Кумбса
В-12 дефицитная анемия	Пожилой возраст, лейкопения, тромбоцитопения, гиперсегментация нейтрофилов, макроцитоз, атрофический гастрит, повышение сывороточного железа	Цитологическое исследование костного мозга

Основные заболевания	Клинико-лабораторные признаки	Наиболее информативные методы исследования
Нагноительные процессы (абсцессы, эмпиема, апостематозный нефрит)	Интоксикация, наличие тяжелого фонового заболевания (сахарный диабет, опухоли, иммунодефициты) пожилой возраст, прием стероидов	Рентгенологические методы, УЗИ, пункционные исследования и т.д.
Рак желудка, кишечника	Боли в животе, анорексия, запоры, похудание, гипохромия эритроцитов, снижение сывороточного железа	Рентгенологическое и эндоскопическое исследование, анализ кала на скрытую кровь
Гипернефрома	Гематурия, боли в пояснице, повышение АД, эритроцитоз	УЗИ, рентгеноурологическое исследование, ангиография, компьютерная томография

Сепсис – см.таблицу №3

Острый лейкоз – см.таблицу №2

Лихорадка в сочетании с лейкопенией (нейтропенией)

Основные заболевания	Клинико-лабораторные признаки	Наиболее информативные методы исследования
Иммунный агранулоцитоз	Язвенно-некротические поражения ротоглотки, признаки бронхогенной и мочевой инфекций, снижение количества моноцитов, нормальное содержание эритроцитов и тромбоцитов, связь с приемом лекарств	Исследование периферической крови юв динамике, исследование костного мозга, анамнез
Миелотоксический агранулоцитоз	Язвенно-некротические поражения ротоглотки, признаки бронхолегочной и мочевой инфекции, геморрагический синдром, связь с приемом цитостатических препаратов, анемия	Анамнез, исследование костного мозга
Периодическая нейтропения	Периодическое исчезновение нейтрофилов крови, моноцитоз, семейные случаи	Диагностика на основании четкой периодичности лихорадки и нейтропении

Апластическая анемия – см.таблицу №5
 Острый лейкоз – см.таблицу№2
 Системная красная волчанка – см.таблицу №1
 Сепсис – см.таблицу №3
 В-12 дефицитная анемия – см.таблицу №5

Лихорадка в сочетании с признаками поражения легких, плевры и средостения

Основные заболевания	клинико-лабораторные признаки	Наиболее информативные методы исследования
Пневмонии, вызванные микроплазмами, легионеллами, риккетсиями, иерсиниями	Клинико-рентгенологические признаки пневмонии, внелегочная симптоматика, устойчивость к пенициллину	Бактериологическое и серологическое исследование мокроты
Туберкулез легких	Рентгенологические признаки, положительные туберкулиновые пробы, или их вираж, наличие микобактерий в мокроте, бронхиальных смывах, промывных водах желудка, устойчивость к пенициллину, эффект от туберкулостатиков	Рентгено-томографическое исследование, туберкулиновые пробы, бактериологическое исследование мокроты
Бронхогенный рак	Упорный сухой кашель, кровохарканье, боли в груди, рентгенографическая картина	Рентгено-томографическое исследование, бронхография, бронхоскопия
Абсцесс легкого	Резистентность к лечению, гнойная мокрота в большом количестве (после промыва), интоксикация, анемия, нейтрофильный лейкоцитоз, токсическая зернистость нейтрофилов	Рентгенологическое исследование, бронхоскопия

Основные заболевания	Клинико-лабораторные признаки	Наиболее информативные методы исследования
Эмпиема плевры	Затяжное течение пневмонии, интоксикация, клинико-рентгенологические признаки плеврального выпота, анемия, нейтрофильный лейкоцитоз	Рентгенологическое исследование, плевральная пункция
Пневмомикозы (бронхолегочный аспергиллез)	Клинико-рентгенологические признаки пневмонии, устойчивой к пенициллину, эозинофилия, бронхо-обструктивный синдром	Микологическое исследование крови
Периодическая болезнь	Плеврит, рецидивирующие боли в грудной клетке, животе, суставной синдром, наличие амилоидоза или подобных случаев в семье, определенная национальность (армяне,евреи)	Рентгенологическое исследование (отсутствие специфической симптоматики)

Лимфогранулематоз – см.таблицу №2

Лимфосаркома – см.таблицу №2

Саркоидоз легких – см.таблицу №2

Лихорадка в сочетании с признаками поражения сердечно-сосудистой системы

Основные заболевания	Клинико-лабораторные признаки	Наиболее информативные методы исследования
Ревмокардит (первичный возвратный)	Признаки поражения эндокардита, миокардита, перикардита, указание на наличие порока сердца	ЭКГ, ФКГ, ЭХО-КГ
Неспецифический миокардит, перикардит	Увеличение размеров сердца, сердечная недостаточность, тромбоэмболические осложнения	ЭКГ, ЭХО-КГ, рентгенологические исследования
Бактериальный эндокардит	Ознобы, наличие аортальной недостаточности, увеличение селезенки, анемия, геморрагический синдром, изменения в моче, тромбоэмболический синдром	Бактериологическое исследование крови, ЭХО-КГ
Синдром Дресслера (постинфарктный синдром)	Развитие плеврита, перикардита, пневмонита, артралгий, эозинофилии, лейкоцитоза на 2-3 неделе острого инфаркта миокарда, неэффективность антибиотиков	ЭКГ (отсутствие динамики), рентгенологическое исследование, эффект от глюкокортикоидов

Основные заболевания	Клинико-лабораторные признаки	Наиболее информативные методы исследования
Миксома предсердий	Аускультативная симптоматика порока сердца, чаще митрального стеноза, обмороки	ЭХО-КГ
Рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии	Признаки флеботромбоза нижних конечностей, сердечная недостаточность, кровохарканье, геморрагический плевральный выпот, рентгенологические данные	Рентгенологическое исследование, ЭКГ, сканирование легких
Неспецифический аорто-артериит различной локализации	Молодой возраст, отсутствие пульса на пораженных артериях, артериальная гипертония, различные величины АД на руках, снижение зрения, систолический шум в пораженных областях	Пальпация и аускультация сосудов, реовазография, доплерография, ангиография
Височный артериит (б-нь Хортона)	Пожилой возраст, головная боль, боль в челюсти, припухлость, болезненность и узелки в височно-теменной области, отсутствие пульсации височных артерий, нарушение зрения	Термография лица, реовазография, доплерография, ангиография, биопсия

Лихорадка в сочетании с мочевым синдромом (протеинурия, изменения осадка мочи)

Основные заболевания	Клинико-лабораторные признаки	Наиболее информативные методы исследования
Пиелонефрит (острый или обострение хронического)	Ознобы, боли в пояснице, дизурия, артериальная гипертония, анемия, наличие мочекаменной болезни и факторов, нарушающих уродинамику, сахарный диабет	Бактериологическое исследование мочи, рентгеноурологическое обследование, УЗИ почек
Туберкулез почек	Туберкулез в анамнезе, положительные туберкулиновые пробы, щелочная реакция мочи, пиурия, анемия, микобактерии в моче	Рентгеноурологическое обследование, УЗИ, бактериологическое исследование мочи

Лихорадка в сочетании с болями в животе

Основные заболевания	Клинико-лабораторные признаки	Наиболее информативные методы исследования
Нагноительные процессы в брюшной полости	Анамнез(недавние операции на органах брюшной полости) интоксикация, анемия, нейтрофильный лейкоцитоз, токсическая зернистость, местная симптоматика	УЗИ, лапароскопия, компьютерная томография, диагностическая лапаротомия
Регионарный илеит (б-нь Крона)	Поносы со слизью без примеси крови, анемия, внекишечные проявления	Колоноскопия, биопсия
Неспецифический язвенный колит	Поносы с примесью крови	Ректосигмоскопия
Опухоли различной локализации (желудок, кишечник, печень, поджелудочная железа)	Анорексия, запоры, похудание, анемия	Рентгенологические, эндоскопические исследования, лапароскопия, диагностическая лапаротомия

Основные заболевания	Клинико-лабораторные признаки	Наиболее информативные методы исследования
Туберкулезный перитонит, поражение мезентериальных лимфоузлов	Туберкулез в анамнезе, петрификаты в легких, селезенке, выраженные туберкулиновые пробы, асцит	Туберкулиновые пробы, эффект от туберкулостатической терапии, лапароскопия, биопсия, УЗИ (кальцинаты в селезенке)
Периодическая болезнь Узелковый артериит Лимфогранулематоз Лимфосаркома с поражением забрюшинных лимфоузлов	см.таблицу №7 см. таблицу №1 см.таблицу №2 см.таблицу №2	

Лихорадка в сочетании с кожными поражениями

Основные заболевания	Клинико-лабораторные признаки	Наиболее информативные методы исследования
Лекарственная аллергическая реакция	Крапивница, отек Квинке, эритема, экзематозные, буллезные, некротические поражения, артралгии, эозинофилия, связь с приемом лекарств, исчезновение лихорадки после отмены лекарств	_____
Рожистое воспаление	Гиперемия, преимущественно на коже голени с резкими границами, припухлость, болезненность, эффект от пенициллина	Консультации инфекциониста
Узловатая эритема	Резко болезненные красноватые плотные высыпания, часто на голени, бедрах; Часто развиваются после вирусной инфекции, приема лекарств	Исключить туберкулез, саркоидоз, ревматизм, опухоли у пожилых

Основные заболевания	Клинико-лабораторные признаки	Наиболее информативные методы исследования
Паранеопластические кожные синдромы	Черный акантоз, кольцевая эритема, высыпания типа пруриго, герпетиформный дерматит	Онкологический поиск
Панникулит (б-нь Вебер-Крисчена)	Плотные малоблезненные узелки на конечностях, реже – на туловище с гиперемией кожи, нередко с изъязвлением	Биопсия кожи
Дерматомиозит	см.таблицу №1	
Узелковый артериит	см.таблицу №1	
Системная красная волчанка	см.таблицу №1	
Ревматоидный артрит	см.таблицу №1	

Этапы диагноза

1. Во всех случаях следует провести заново полное внимательное обследование больного (жалобы, анамнез, объективные данные, обычные дополнительные исследования). Для уточнения лихорадки отменить все антибиотики и жаропонижающие.

По результатам данного обследования может быть выделена одна из следующих ситуаций:

- А) Наличие признаков поражения одного определенного органа
- В) Наличие симптомов поражения многих органов
- С) Изолированная лихорадка без очевидной органной патологии

2. При наличии признаков моноорганной патологии дополнительные исследования следует ориентировать в определенном направлении (туберкулез, инфекция желчных или мочевых путей, глубокое нагноение, рак и др.) В этом случае целенаправленно используются все имеющиеся методы, такие как эндоскопия, УЗИ, сканирование, ангиография, биопсия, бактериологическое исследование различных сред. Всегда нужно помнить, что у тяжелых больных возможны тромбофлебиты, инфарктные пневмонии, постинъекционные нагноения, инфицированные пролежни.

3. При наличии признаков множественной патологии возможны различные предположения: сепсис, карциноматоз, гемобластоз, коллагеноз, осложнения или системные проявления других заболеваний.
- При сепсисе наблюдается высокая, часто гектическая, лихорадка, геморрагии, анемия, спленомегалия, гиперлейкоцитоз. Для диагноза важно выявление входных ворот инфекции и положительная гемокультура.
 - При карциноматозе лихорадка резистентна к антибиотикам, могут быть паранеопластические реакции (эритроцитоз, синдром Кушинга, тромбофлебит). Требуются специальные исследования: эндоскопия, пункционная биопсия, диагностическая лапаротомия или лапароскопия и другие.
 - Причиной лихорадки могут быть алейкемические лейкозы, при которых наблюдается анемия, пролиферативные синдромы (увеличение селезенки, печени, лимфоузлов), инфекционные процессы. При подозрении на такие заболевания показана стерильная пункция.
 - При системных заболеваниях соединительной ткани наблюдаются признаки воспаления и аллергии, васкулиты, поражение суставов, почек, кожи и других органов, может быть связь обострения с приемом медикаментов. При дополнительных исследованиях определяется диспротеинемия, антинуклеарный фактор, антитела к ДНК, LE-клетки.

- Иногда встречаются системные проявления других болезней, например амилоидоз при бронхоэктатической болезни.

4. При изолированной лихорадке можно рекомендовать следующий порядок проведения специальных дополнительных исследований:

- А) Исключить искусственное происхождение лихорадки: отменить все медикаменты, особенно парентерально вводимые; измерить температуру в присутствии медицинского работника, одновременно в подмышечной области и во рту или ректально;
- В) Установить связь лихорадки с инфекцией или воспалением: ориентиром является анализ периферической крови (лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ, диспротеинемия, увеличение содержания С-реактивного белка, фибриногена);
- В этом случае целесообразно последовательное проведение следующих исследований: посевы крови, мокроты, мочи; туберкулиновые пробы; поиск активной инфекции (консультации оториноларинголога, стоматолога, гинеколога, рентгенография придаточных пазух носа, дуоденальное зондирование и др.); ЭКГ (миокардит, ревмокардит); электрофорез белков крови, сывороточные антитела; рентгенологическое исследование грудной клетки и органов желудочно-кишечного тракта. Однако необходимо учитывать, что отмеченные изменения крови закономерно наблюдаются и при злокачественных опухолях и гемобластозах.

5. При отрицательных результатах указанных исследований, преимущественно у лиц молодого пола, особенно у женщин при невысокой лихорадке и удовлетворительном общем состоянии имеются основания для установления лихорадки психогенного или нейроэндокринного происхождения: тиреотоксикоз, гипоталамический синдром.

А) Для психогенной лихорадки характерны истероидные черты личности, несоответствие температуры и пульса.

В) Лихорадка при заболеваниях щитовидной железы наблюдается только при выраженном тиреотоксикозе, не представляющем затруднений для диагноза.

С) Для гипоталамического синдрома характерны нейроинфекция в анамнезе, сопутствующие метаболические (ожирение, сахарный диабет) и нейровегетативные нарушения. Лихорадка устойчива к жаропонижающим и уступает только седативным средствам.

Д) Следует учитывать возможность медикаментозной лихорадки, диагноз которой устанавливается по наличию других аллергических проявлений и положительному эффекту от отмены медикамента.

- Причиной лихорадки могут быть многие медикаменты, в том числе антибактериальные (пенициллин, цефалоспорины, сульфаниламиды, нитрофураны), гипотензивные (допегит, гидралазин), противоаритмические (новокаинамид, хинидин), барбитураты, йодиды, тиоурацил, изониазид.
- В остальных случаях лихорадка остается неясной, что требует систематического наблюдения и повторного исследования.

- Таким образом, во всех случаях лихорадки неясного генеза требуется повторное тщательное исследование с уточнением жалоб, анамнеза, объективного и обычных методов дополнительного исследования.
- При выявлении признаков моноорганный патологии проводятся дополнительные специальные исследования, ориентированные на данный патологический процесс.
- При полиорганный или системной патологии проверяется возможность сепсиса, карциноматоза, гемобластозов, системных заболеваний соединительной ткани.
- При отсутствии изменений по органам обращается внимание на наличие или отсутствие лабораторных признаков инфекции или воспаления.
- В последнем случае может предполагаться медикаментозное, психогенное или искусственное происхождение лихорадки.

Ведение больного с лихорадкой

- Лихорадка сама по себе обычно безопасна и не требует применения жаропонижающих и антибактериальных средств. Это может спутывать клиническую картину и дезориентировать врача, приводить к ненужным затратам средств и повышает риск возникновения медикаментозных реакций.

Исключениями из этих правил являются следующие ситуации. Жаропонижающие показаны у пациентов, у которых высокая температура прямо или косвенно опасна, например у сердечных больных с серьёзными нарушениями функций, у алкоголиков и престарелых с психическими расстройствами.

Ведение больного с лихорадкой

- В этом случае обычно может использоваться Аспирин 0,3-0,6 через каждые 3-4 часа. При непереносимости Аспирина применяется Ацетомифен, Амидопирин перорально и парентерально, а также Панадол, Колдрекс и Каффетин и другие. Применение антибиотиков при лихорадке неясного генеза оправдано только в тех случаях, когда имеется серьёзный риск инфекции вследствие снижения иммунологической защиты. Сюда относятся заболевания крови – лимфомы, особенно лимфогранулематоз, все случаи длительного лечения глюкокортикоидами или иммунодепрессантами, состояние после спленэктомии, частые внутривенные манипуляции, в том числе у наркоманов, больных с врожденными и приобретенными пороками сердца, в том числе оперированными.

Ситуационные задачи

№1 35-летний больной отмечает в течение последних 2-х месяцев повышение температуры до 38-39*С с периодами нормальной температуры в течение нескольких дней, слабость, потливость по ночам. Лечение пенициллином по поводу предполагаемой пневмонии неэффективно. При обследовании в подмышечной области выявлено увеличение лимфоузла плотно-эластической консистенции, безболезненного не спаянного с кожей. Со стороны других органов и систем без патологии. Анализ крови: Нв-130 г/л, Л-13x10⁹, П-8, С-70, Л-12, М-10, Тромбоциты – 190x10⁹, СОЭ-38 мм/ч. При рентгенологическом исследовании выявлено увеличение медиастинальных лимфоузлов. Определите круг диагностического поиска.

Какое из нижеперечисленных заболеваний не следует включать в круг дифференциально-диагностического поиска?

- А) Саркоидоз Б) Хронический лимфолейкоз В) Лимфогранулематоз
Г) Лимфосаркома Д) Бронхогенный рак

Какой из методов дополнительного обследования в данном случае будет наиболее информативен?

- А) Томография средостения Б) Бронхоскопия В) Бронхография
Г) Медиастиноскопия Д) Биопсия подмышечного лимфоузла

№2

У 70-летнего больного, страдающего бронхитом курильщика, после операции аденоэктомии в течение 2-х недель отмечается лихорадка до 39*С , устойчивая к пенициллину, одновременно с этим усилился кашель, появилась мокрота с примесью крови. При обследовании выявлено укорочение перкуторного звука под лопаткой слева, там же ослабленное дыхание с бронхиальным оттенком. При пункции получена геморрагическая жидкость. Обсуждается вопрос о характере поражения легких, наиболее информативных методах исследования и характере лечения.

Какое из нижеприведенных утверждений относительно данной клинической ситуации следует считать правильным?

- А) Для исключения рака легкого показана бронхоскопия
- Б) Для исключения туберкулеза целесообразно назначение пробного лечения рифампицином
- В) Больной слишком стар для заболевания туберкулезом
- Г) Устойчивость к пенициллину свидетельствует против инфекционного характера поражения легких
- Д) Геморрагический выпот не характерен для тромбоэмболии легочной артерии

№3

35-летний больной обратился с жалобами на повышение температуры до 38*С, одышку, кашель, слабость, потливость. Рентгенологически выявлено увеличение средостения, нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ до 45 мм/ч, протеинурия до 0,33‰.

Какой из синдромов следует выделить особо для дальнейшего диагностического поиска

- А) Увеличение средостения
- Б) Кашель, одышка
- В) Протеинурия
- Г) Протеинурия
- Д) Увеличение СОЭ

№4

65-летний больной, жалующийся на повышение температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$, одышку, непродуктивный кашель доставлен в стационар с подозрением на пневмонию. Болен более 2-х недель, лечение пенициллином неэффективно. Два года тому назад перенес инфаркт миокарда. При обследовании выявлено увеличение периферических лимфоузлов, селезенки. ЧСС 98 в мин. Тоны сердца ритмичны, систолический шум на верхушке. Рентгенологически : двустороннее затемнение в нижних отделах легких. Анализ крови: Нв-90 г/л, Ретикулоциты – 40%, лейкоциты – $60 \times 10^9/\text{л}$, П – 2, С – 20, Л – 70, М – 8, тромбоциты – $150 \times 10^9/\text{л}$, единичные нормобласты, тени Гумпрехта.

Наиболее вероятной представляется одна из следующих диагностических гипотез:

- А) Лейкемоидная реакция в ответ на пневмонию непневмококковой этиологии у больного ИБС
- Б) Лимфома у больного сердечной недостаточностью на фоне ИБС
- В) Лимфогранулематоз, осложненный пневмонией у больного ИБС
- Г) Хронический лимфолейкоз, осложненный пневмонией и иммунным гемолизом у больного ИБС
- Д) Лейкемоидная реакция в ответ на бактериальный эндокардит у больного ИБС

№5

У 36-летней больной с лихорадкой в течение 2-х недель до 38*С выявлено увеличение шейных лимфоузлов, селезенки. Рентгенологически: увеличение бронхопульмональных лимфоузлов с обеих сторон. Через несколько дней отмечена боль и припухлость голеностопных суставов, болезненное увеличение околоушной железы. Анализ крови: Нв126 г/л, лейкоциты – 9×10^9 /л, П – 9, С – 75, Л – 9, М – 7, СОЭ 38 мм/ч.

Наиболее вероятно, что при дальнейшем обследовании у больной будет выявлено:

- А) Наличие волчаночных клеток в крови
- Б) Положительная серологическая реакция Пауль-Бруннеля (гетерофильные антитела к вирусу Эпштейн-Барра в высоком титре)
- В) Повышение активности щелочной фосфатазы в крови
- Г) Наличие микобактерий туберкулеза в промывных водах
- Д) Отрицательные туберкулиновые пробы

№6

20-летняя студентка направлена в стационар с диагнозом апластическая анемия. Заболела остро около 2-х недель назад, когда повысилась температура до $39,5^{\circ}\text{C}$, головная боль, боли при глотании. Объективно выявлена бледность кожных покровов и слизистых, геморрагии на коже, язвенное поражение ротоглотки, увеличение селезенки. Анализ крови: Нв-70 г/л, лейкоциты – $2,8 \times 10^9/\text{л}$, П – 1, С – 15, Л – 75, М – 9, тромбоциты – $28 \times 10^9/\text{л}$. Консультирующий больную гематолог высказал предположение о возможности острого лейкоза и рекомендовал провести стерильную пункцию.

Какой из имеющихся признаков заболевания позволяет сделать вышеуказанное предположение в данной ситуации?

- А) Отсутствие контактов с химическими и физическими факторами, вызывающими угнетение кроветворения
- Б) Увеличение селезенки
- В) выраженная гранулоцитопения
- Г) Язвенное поражение слизистых
- Д) Высокая лихорадка

№7

52-летний больной, страдающий ревматическим пороком сердца, стал отмечать подъёмы температуры до 38-39*С в течение 3-х недель. При обследовании выявлена бледность кожи, единичные геморрагии, диастолический на верхушке и протодиастолический шум в точке Боткина. В крови – анемия, лейкоцитоз со сдвигом влево вплоть до промиелоцитов, увеличение СОЭ до 55 мм/ч. В моче гематурия, умеренная протеинурия. Увеличение селезенки. Назначение пенициллина в суточной дозе 6 млн. неэффективно.

Какой из дополнительных методов исследования может дать наиболее ценную информацию в данной ситуации?

- А) Бактериологическое исследование крови
- Б) Бактериологическое исследование мочи
- В) Ультразвуковое исследование почек
- Г) Ультразвуковое исследование сердца (ЭХО-КГ)
- Д) Трепанобиопсия (гистологическое исследование костного мозга)

№8

29-летняя больная отмечает, что около года назад спонтанно или при небольших травмах стали возникать синяки на коже. При обследовании выявилось снижение числа тромбоцитов и было высказано предположение об идиопатической тромбоцитопенической пурпуре. В последние 2 месяца появилась лихорадка до $38,5^{\circ}\text{C}$, боли в мелких суставах кистей, выпадение волос, похудание. В крови выявлено снижение гемоглобина до 92 г/л , ретикулоцитоз (38%), лейкопения ($2,9 \times 10^9$), тромбоцитопения (90×10^9). Увеличение СОЭ до 40 мм/ч . Рентгенологически выявлено небольшое количество жидкости в правой плевральной полости.

Наиболее вероятной представляется одна из следующих диагностических гипотез:

- А) Системная красная волчанка
- Б) Острый лейкоз
- В) Сепсис
- Г) Ревматоидный артрит
- Д) Апластическая анемия

Данное предположение может быть обосновано наличием у больной:

- А) Панцитопении
- Б) Общих симптомов (похудание, выпадение волос)
- В) Тромбоцитопенической пурпуры
- Г) Суставного синдрома
- Д) Анализом всех имеющихся симптомов

№9 52-летний отмечает в течение месяца повышение температуры до 39*С, слабость. В анамнезе несколько лет тому назад с мочой «отошел» конкремент. При объективном обследовании патологии не выявлено. Анализ крови: Нв-88 г/л, лейкоциты – $9,0 \times 10^9$, без сдвига в формуле, тромбоциты – 190×10^9 , СОЭ 70мм/ч. В костном мозге отмечено увеличение числа плазматических клеток до 8%. Показатели мочевины и креатинина в пределах нормы. Анализ мочи: уд.вес 1018, эритроциты 10-15 в поле зрения.

Наиболее вероятной представляется одна из следующих диагностических версий:

- А) Гипернефрома
- Б) Миеломная болезнь
- В) Хронический пиелонефрит в стадии обострения
- Г) Апостематозный нефрит
- Д) Хронический гломерулонефрит

Какой (какие) из нижеперечисленных признаков позволяют в данной ситуации высказать соответствующую гипотезу?

- А) Лихорадка, мочекаменная болезнь в анамнезе
- Б) Лихорадка, анемия, резкое увеличение СОЭ, гематурия
- В) Лихорадка, анемия, увеличение числа плазматических клеток в костном мозге
- Г) Лихорадка, анемия, резкое увеличение СОЭ, нормальные показатели мочевины и креатинина
- Д) Лихорадка, умеренный лейкоцитоз без сдвига в формуле влево

№10 35-летняя больная отмечает в течение месяца повышение температуры до 38-39*С, которую связывает с введением противостолбнячной сыворотки. В последнее время появились боль в ногах, утомляемость ног при ходьбе, слабость, затрудненное дыхание. Похудела на 12 кг. При обследовании выявлена артериальная гипертензия (180/100мм.рт.ст.) признаки полиневрита. Анализ крови – Нв-126 г/л, лейкоциты – 12×10^9 , эозинофилы-18, П-8, С-60, Л-10, М-4, СОЭ50мм/ч. Анализ мочи – уд.вес 1018, белок-1,65%, эритроциты 12-15 в поле зрения.

Высказываются различные диагностические гипотезы. Все нижеперечисленные положения следует считать верными, за исключением одного.

- А) Похудание у данной больной требует в первую очередь исключить злокачественную опухоль
- Б) Наиболее вероятно наличие у больной системного заболевания
- В) Полиневрит, эозинофилия, бронхоспастический синдром более характерны для узелкового артериита
- Г) Артериальная гипертензия, вероятно, является следствием поражения кожи
- Д) Отсутствие поражения кожи и полисерозитов не исключает наличия системной красной волчанки

№11

У 45-летней больной после перенесенного ОРЗ появилась лихорадка, слабость, головокружение. Лечение пенициллином неэффективно.

Объективно отмечается легкая иктеричность склер и кожи, увеличение селезенки. Анализ крови – Нв-90 г/л, лейкоциты 14×10^9 с нейтрофильным сдвигом, единичные нормобласты, ретикулоциты – 40%, тромбоциты – 120×10^9 , билирубин – 40 мкмоль/л, реакция непрямая. В костном мозге выявлено повышение числа клеток эритроидного ростка до 60%.

Высказано несколько диагностических гипотез.

Наиболее информативным методом исследования ситуации следует считать:

- А) Исследование содержания сывороточного железа
- Б) Исследование активности щелочной фосфатазы
- В) Бактериологическое исследование крови
- Г) Проба Кумбса
- Д) Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

БЛАГОДАРИМ ЗА ВНИМАНИЕ!