

Лихорадка неясного генеза

**Заседание СНО кафедры детских инфекционных
болезней ФГБОУ ВО ПГМУ имени ак. Вагнера Е.А.**

12 декабря 2016

Лихорадка неясного генеза



Р. Петерсдорф
(1926–2006)



П. Бисон
(1908–2006)

Данный термин прочно вошёл в клинический лексикон и утвердился в медицинской литературе после того, как Р. Петерсдорф (R. Petersdorf) и П. Бисон (P. Beeson) опубликовали результаты обследования 100 больных с длительной неясной лихорадкой, причину которой удалось установить после дополнительного обследования у 85 человек.

Что скрывается под термином «лихорадка неясного генеза»?

- В своей работе Р. Петерсдорф и П. Бисон постулировали следующие критерии ЛНГ:
 - температура тела 38,3 С и выше;
 - длительность лихорадки не менее 3 недель (ежедневно или с перерывами);
 - неясность диагноза после недели стационарного обследования (в дальнейшем допускалась возможность амбулаторного обследования).

ЛНГ - длительная лихорадка (более 2 недель) не сопровождающаяся достаточным для ее расшифровки набором признаков и симптомов.

ЛНГ- проблема междисциплинарная

- терапевт
- хирург
- онколог
- инфекционист
- и ряд других специалистов.

- Анализ данных литературы свидетельствует о том, что в основе ЛНГ лежат заболевания, которые условно можно разделить на несколько групп:
- генерализованные или локальные **инфекционно-воспалительные процессы**;
- неинфекционные воспалительные заболевания (ревматические, системные, аутоиммунные);
- злокачественные опухоли;
- прочие заболевания, разнообразные по этиологии, патогенезу, течению и прогнозу.

Оценка этиологических факторов лихорадки у пациентов, госпитализированных в многопрофильную детскую больницу

- Критериям лихорадки неясного генеза соответствовали 33 ребенка.
- Средняя длительность лихорадки до момента госпитализации: $51,7 \pm 9$ дней (минимальная 21 день, максимальная – 240 дней)
- После проведения дополнительного обследования в стационаре в 76% случаев причину лихорадки удалось установить:
 - инфекция – 56%
 - соматическая патология – 15%
 - онкология -9%

В 24% случаев причину лихорадки установить не удалось, однако получен положительный эффект после назначения антимикробной терапии.

Инфекционные причины ЛНГ у детей (160 человек)

- Инфекционный мононуклеоз (ЕВУ и СМV) - 30 чел
- Системные вирусные синдромы — 20
- Инфекция мочеполового тракта — 17
- Остеомиелит — 17
- Инфекция нижних дыхательных путей — 9
- Тонзиллофарингит, перитонзиллярный абсцесс, шейный лимфаденит — 9
- Острый средний отит, синусит — 7
- Туберкулез (легочный и внелегочный) — 6
- Бактериальный менингит — 6
- Эндокардит -5
- Кишечная инфекция (йерсиниоз, сальмонеллез и др.) - 6
- Туляремия — 4
- Вирусный менингоэнцефалит — 3
- Генерализованная инфекция вирусом простого герпеса - 1
- Малярия -1; ВИЧ- инфекция -1;Бруцеллез -1;Бластомикоз -1

« Лихорадка
неясного генеза »
P. Nilsson
(2006г)

Таблица 2. Частота инфекций у детей, имеющих в дебюте лихорадку без типичной клинической симптоматики [13]

Инфекционное заболевание	Частота инфекции с лихорадкой в дебюте (%)
Эпштейна – Барр вирусная инфекция	25
Остеомиелит	18,8
Бартонеллез	7,8
Инфекция мочевой системы	7,8
Энтеровирусная инфекция	1,6
Цитомегаловирусная инфекция	6,3
Туляремия	3,1
Эрлихиоз	3,1
Бластомикоз	1,6

ЛНГ и инфекция

Схема 1



В основе ЛНГ лежат обычные заболевания с необычным течением

- Результаты тщательного обследования больных с ЛНГ показали, что в основе данного синдрома лежит не эксклюзивная патология, не какие-то редко встречающиеся и малознакомые врачу болезни, а хорошо известные заболевания, характеризующиеся необычной манифестацией как в дебюте, так и на протяжении более длительного периода болезни.
- Особенностью такого необычного течения является наличие лихорадки, либо преобладающей в клинической картине, либо являющейся основным проявлением заболевания.

Основные группы детей с лихорадкой

- 1) дети с острой лихорадкой, у которых соответствующая симптоматика и анамнез позволяют поставить диагноз без применения дополнительных исследований (детские инфекции, грипп, ОРВИ и др.);
- 2) дети с лихорадкой без конкретных симптомов, у которых ни физикальное обследование, ни анамнез не позволяют поставить диагноз, но традиционные исследования помогают решить вопрос о причине лихорадки и диагностировать заболевание (пиелонефрит, бруцеллез, туберкулез и др.);
- 3) дети с лихорадкой неясного происхождения, когда температура тела выше 38 °С сохраняется больше 5–7 дней и обследования не позволяют решить вопрос о диагнозе.

Признаки «воспалительной» лихорадки

- связь дебюта заболевания с инфекцией (катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, наличие симптомов инфекционного заболевания, отягощенный эпиданамнез),
- воспалительные изменения со стороны крови (лейкоцитоз, ускорение СОЭ, повышение уровня фибриногена, С-реактивного белка, диспротеинемия),
- наличие симптомов интоксикации,
- нарушение самочувствия,
- тахикардия и тахипноэ,
- купирование лихорадки при применении жаропонижающих средств,
- положительный эффект при назначении антибактериальных средств

При выяснении причины ЛНГ педиатру следует исключить

- Наличие и обострение очагов хронической инфекции в носоглотке (синуситы, тонзиллит, аденоидит, этмоидит).
- Туберкулез, который является одной из наиболее частых причин ЛНП. Длительное течение лихорадки может указывать на появление внелегочных очагов заболевания. При этом наиболее частой внелегочной локализацией инфекции являются почки и кости.
- Возможность развития эндокардита у детей с врожденными пороками сердца.
- Дебют одного из вариантов системных васкулитов (болезнь Кавасаки, узелковый полиартериит), т. к. последние составляют около 10% всех случаев ЛНГ.
- Лихорадка может быть одним из проявлений аллергической реакции на различные лекарственные препараты, в т. ч. и антибактериальные.
- Злокачественные новообразования.

Обязательные методы первичного обследования больного с лихорадкой (уровень 1)

- термометрия в 3–5 точках (в подмышечных, паховых областях, в прямой кишке);
 - клинический анализ крови;
 - биохимический анализ крови (СРБ, фибриноген, белковые фракции, ПКТ);
 - общий анализ мочи.
- проба Манту,
 - рентгенография грудной клетки и придаточных пазух носа
 - определение ВИЧ-статуса
 - Верификация возможной хронической вирусной инфекции (ПЦР крови/слюны/мочи на ДНК герпесвирусов 4,5,6 типа, серологические маркеры острой инфекции - антитела М, индекс авидности)

Уровень 2

- АНФ (антинуклеарные факторы)
- антитела к ДНК, РФ, LE клетки,
- реакции на токсоплазмоз, бруцеллез,
- УЗИ сердца с сосудами,
- офтальмоскопия щелевой лампой,
- КТ придаточных пазух и носцеvidного отростка,
- исследование костного мозга.

● **Дополнительные исследования :**

- микробиологическое исследование крови, мочи, мазка из ротоглотки;
- комплексное обследование больного на туберкулез; туберкулиновый кожный тест практически всегда отрицателен при энергической или острой инфекции, его следует повторить через 2 нед.;
- электрофорез белков сыворотки при подозрении на патологию иммунной системы;
- радиоизотопное сканирование;
- микроскопия толстого мазка крови;
- исследование функций щитовидной железы при подозрении на тиреоидит;
- сцинтиграфия костей скелета.
- УЗИ брюшной полости и тазовых органов;
- эхокардиография при подозрении на поражение клапанов.