

Лихорадка неясного генеза в амбулаторной практике

Зав. кафедрой поликлинической терапии

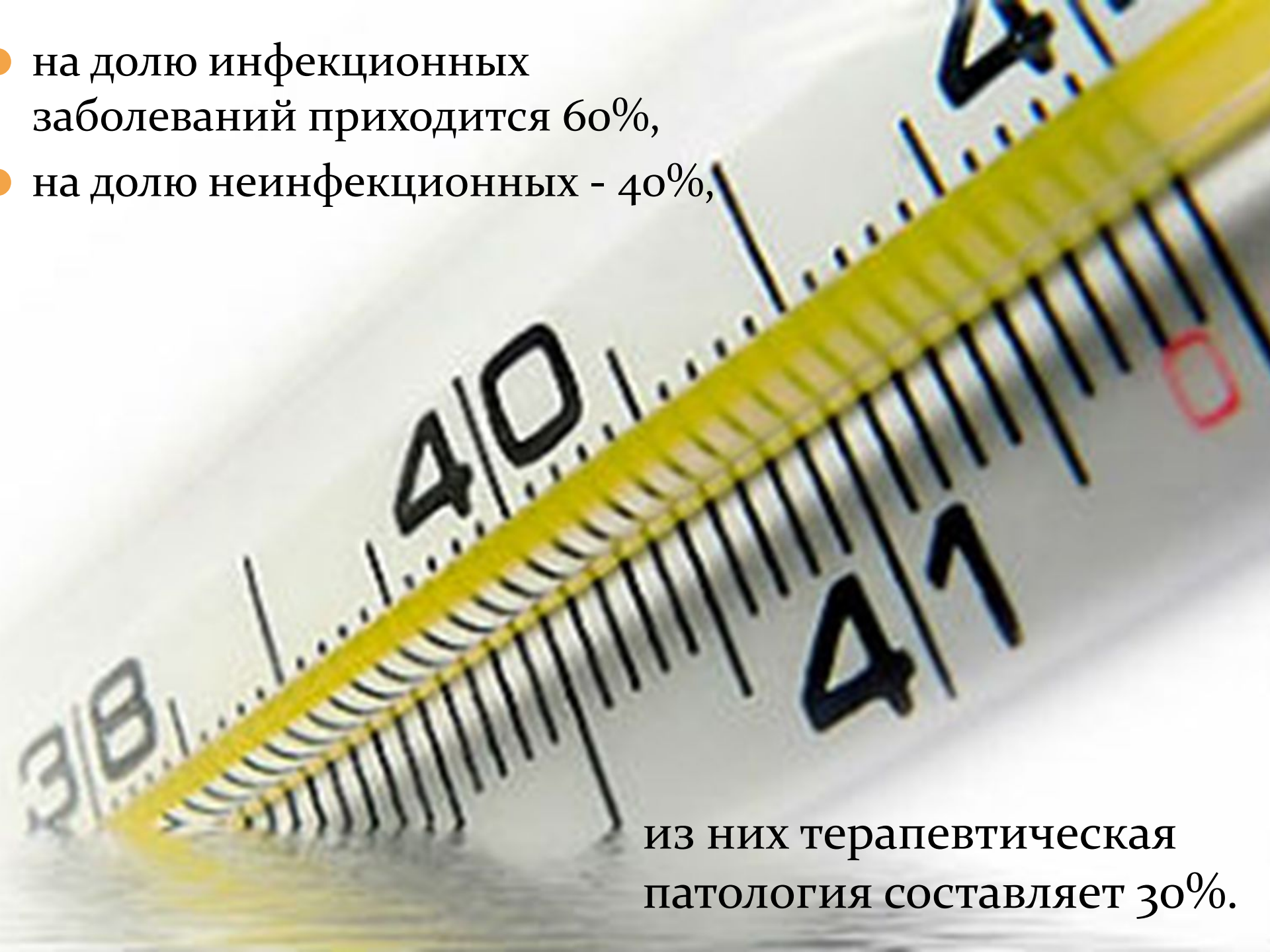
Д.м.н., доц. Романова Е.Н.

- Повышение температуры тела изолированно или в сочетании с другими признаками (общее недомогание, кашель, болевой синдром различной локализации, высыпания на теле, артралгии и др.) является самым частым поводом для обращения в поликлинику или вызова врача на дом.

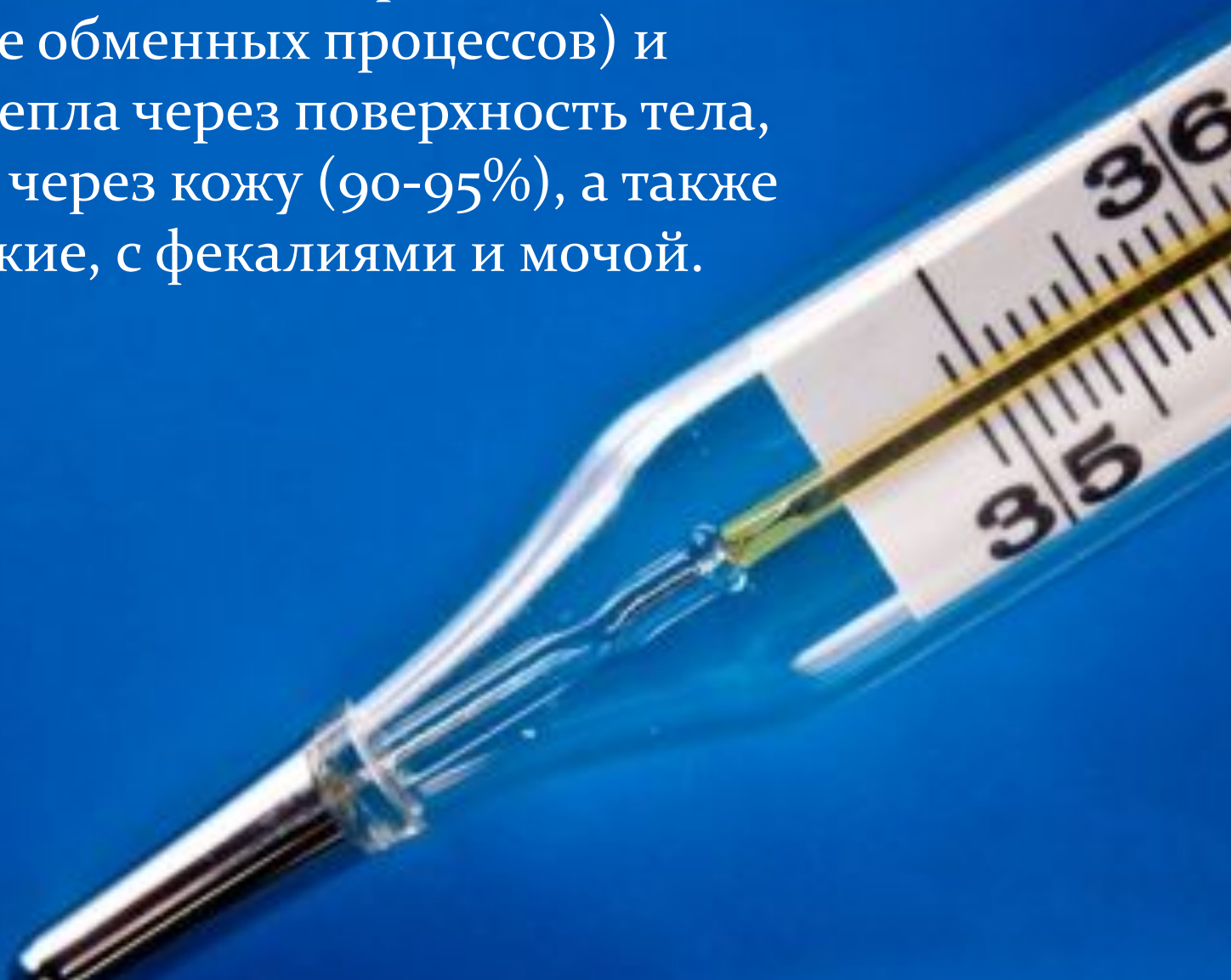


- на долю инфекционных заболеваний приходится 60%,
- на долю неинфекционных - 40%,

из них терапевтическая патология составляет 30%.



- Температура тела - это баланс между образованием тепла в организме (в результате обменных процессов) и отдачей тепла через поверхность тела, особенно через кожу (90-95%), а также через легкие, с фекалиями и мочой.



Правила измерения

температуры:

- Термометрия обычно производится в предварительно насухо вытертой подмышечной впадине.
- Термометр должен плотно прилегать к коже; плечо следует прижать к груди, чтобы подмышечная ямка была закрыта.
- В течение 5-10 мин
- Не менее 2 раз в сутки (в 7 и в 17 ч)
- При необходимости измерение температуры тела производят каждые 1-3 ч в течение суток.



Правила измерения температуры:

- Температуру также можно измерить в паховой складке, в полости рта (норма - $37,2\text{ }^{\circ}\text{C}$), ректально (норма - $37,7\text{ }^{\circ}\text{C}$).



Измерение температуры электронными термометрами:



- При нормальном их соответствии повышение температуры на 1°C сопровождается учащением ЧСС на 10-12 ударов в мин (правило Либермейстера).



- В некоторых случаях высокая температура тела сопровождается относительно низкой ЧСС. Это явление называется относительной брадикардией и характерно для сальмонеллеза, хламидийных инфекций, риккетсиозов, болезни легионеров, лекарственной лихорадки и симуляции



Степени повышения температуры тела

- 1. Субнормальная (наблюдается у стариков и резко ослабленных людей) - 35-36 °С.

- 2. Нормальная - 36-37,1 °С.

- 3. Субфебрильная – 37,2-37,9 °С.

- 4. Умеренно повышенная – 38,0-38,9 °С.

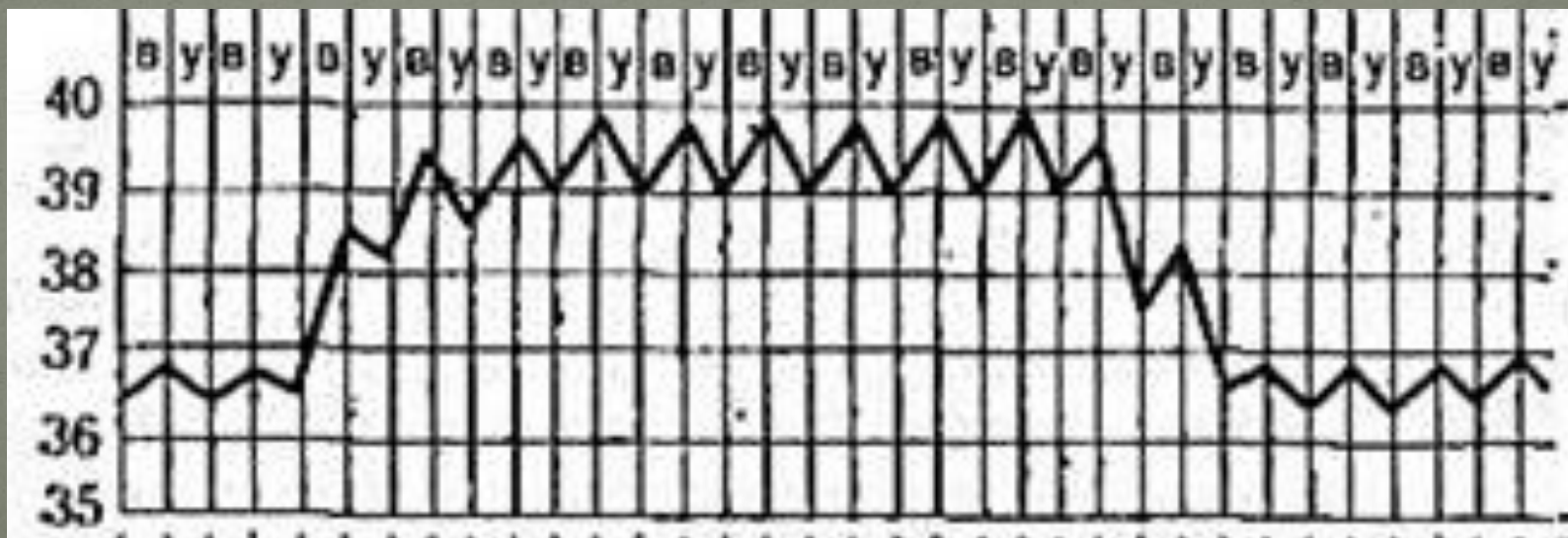
- 5. Высокая - 39-39,9 °С.

- 6. Чрезмерно высокая - 40 °С и выше, к которой относится, в частности, гиперпиретическая (выше 41 °С), являющаяся неблагоприятным прогностическим признаком.



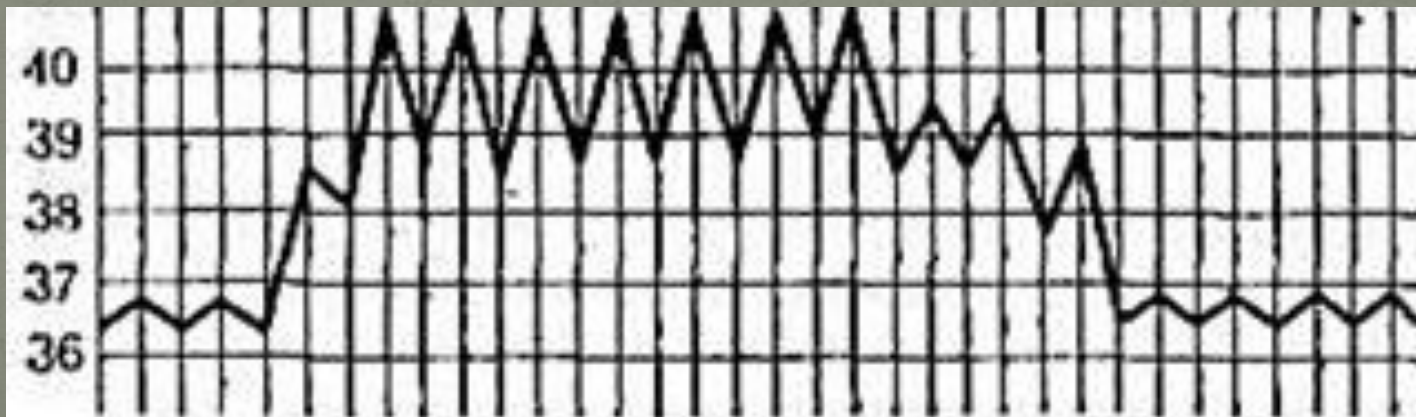
Типы лихорадки: постоянная

- (febris continua) - суточные колебания не превышают 1 °С;
- характерна для брюшного тифа, сальмонеллеза, иерсиниоза, пневмонии.



Типы лихорадки: послабляющая, или ремитирующая.

- febris remittens - суточные колебания температуры составляют от 1 °С до 2 °С, но температура тела не достигает нормы;
- характерна для гнойных заболеваниях, бронхопневмонии, туберкулезе



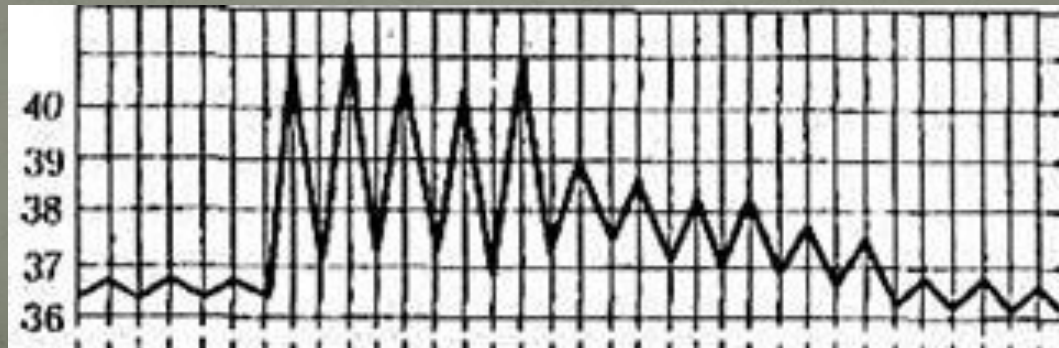
Типы лихорадки: перемежающаяся, или интермиттирующая.

- *febris intermittens* - характеризуется резким подъемом температуры тела до $39—40^{\circ}$ и больше и спадом в короткий срок до нормальных и даже субнормальных цифр; через 1—2—3 дня такой же подъем и спад повторяются;
- типична для малярии



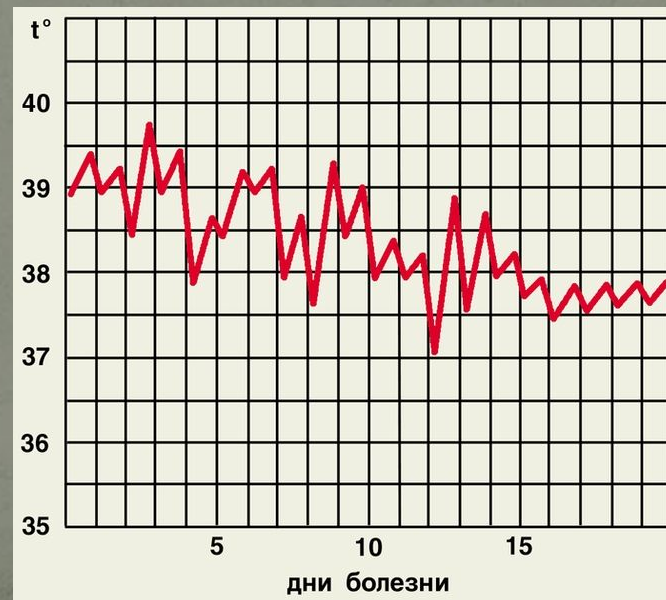
Типы лихорадки: истощающая, или гектическая.

- febris hectica - характеризуется большими суточными колебаниями температуры тела (свыше 3°) и резким падением ее до нормальных и субнормальных цифр, причем колебания температуры большие, чем при ремиттирующей лихорадке;
- наблюдается при септических состояниях и тяжелых формах туберкулеза



Типы лихорадки: неправильная.

- febris irregularis - неправильные разнообразные суточные колебания температурной кривой без какой-либо закономерности;
- возникает при многих заболеваниях, таких как грипп, плеврит и т.п



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.

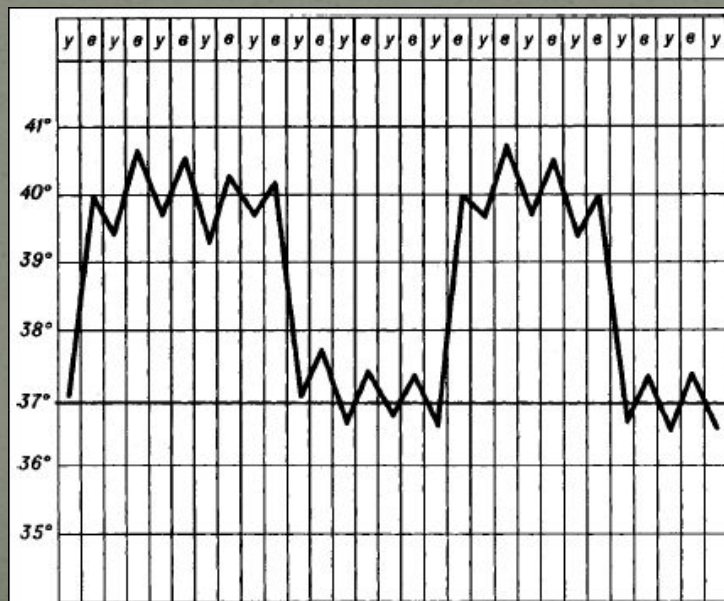


Рис. 4. Форма температурной кривой при возвратной лихорадке

По характеру температурной кривой различают 2 формы лихорадки

- 2. Волнообразная (*febris undulans*) - характерно постепенное нарастание температуры до высоких цифр и постепенное снижение до субфебрильных или нормальных цифр; возникает при бруцеллезе, лимфогранулематозе.

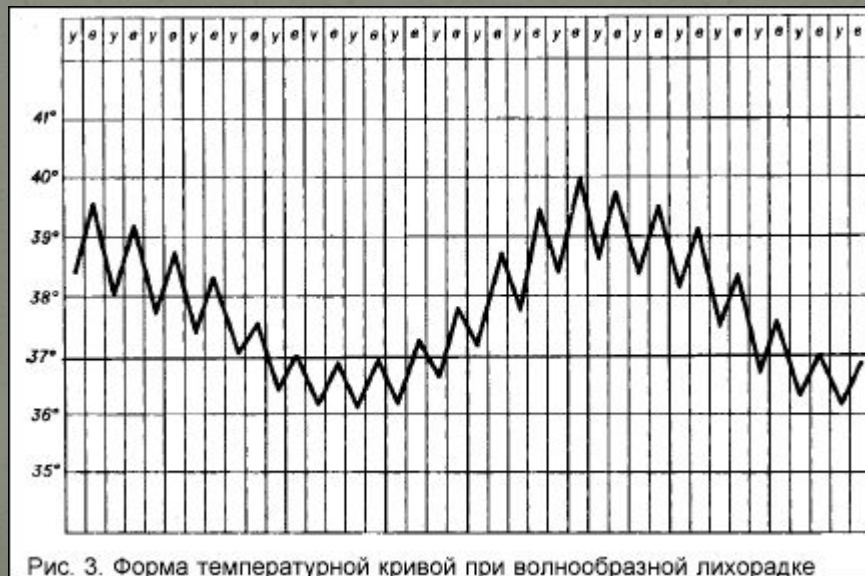




Рис. 3. Форма температурной кривой при волнообразной лихорадке

- 
- Неблагоприятным признаком в течении болезни является резкое падение температуры тела с одновременным повышением частоты пульса, что графически выглядит как перекрест кривых пульса и температуры (Cruz mortis - лат. крест смерти)



По продолжительности
лихорадочного периода:

- 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.



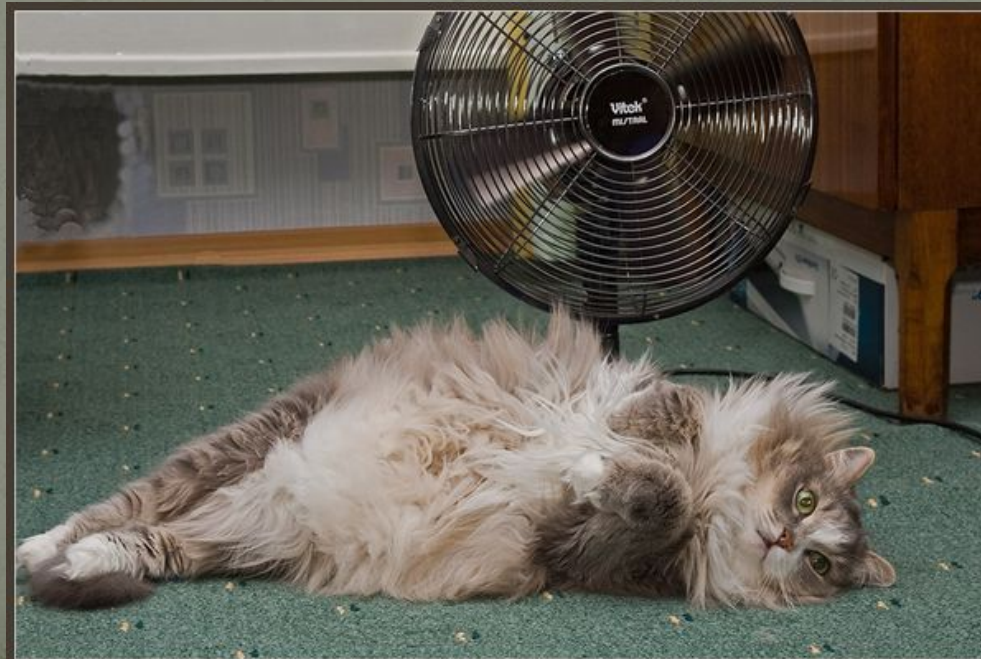
**Причины развития
гипертермии**

**недостаточная
теплоотдача**

**избыточная
телопродукция**

Физиологические причины гипертермии:

- физическая нагрузка,
- переедание,
- эмоциональное напряжение).



Патологические причины гипертермии:

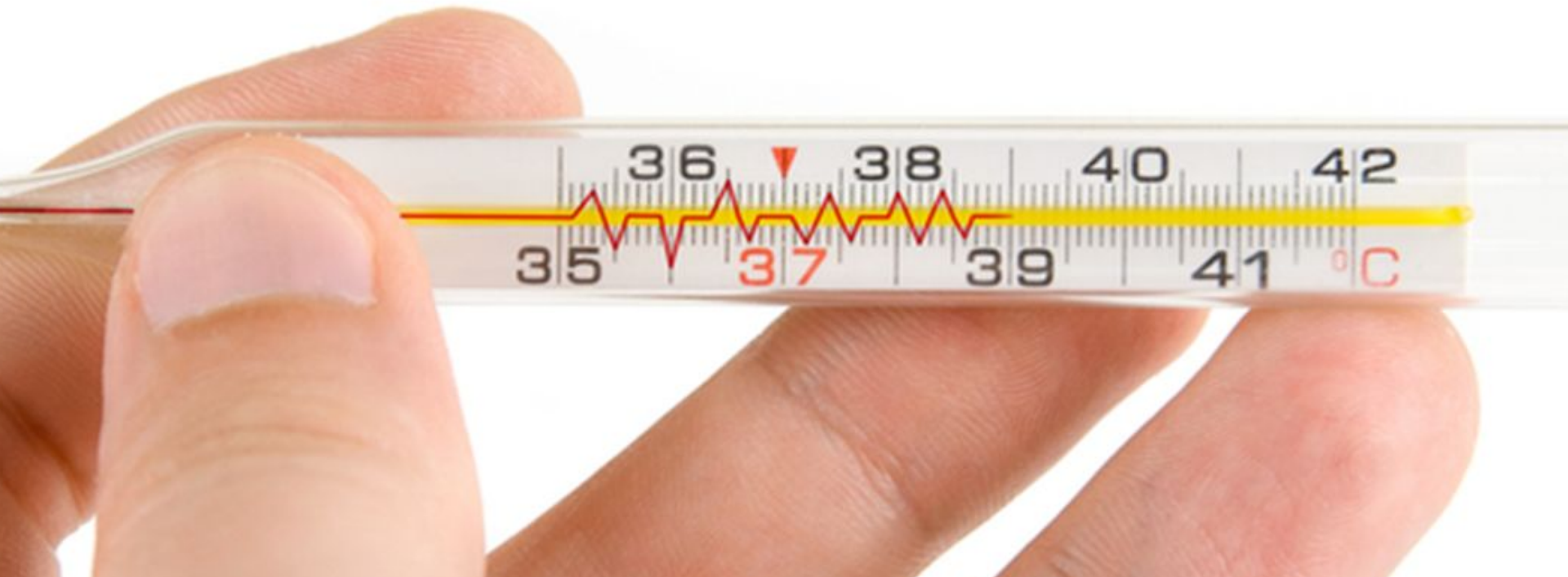
- тепловой удар,
- тиреотоксикоз,
- феохромоцитома,
- климактерические «приливы»,
- отравление некоторыми ядами,
- использование некоторых лекарственных препаратов (кофеин, эфедрин, гипоосмолярные растворы).



- Лихорадка неясного происхождения (fever of unknown origin) - это неоднократные подъемы температуры тела выше $38,3^{\circ}\text{C}$ на протяжении более 3 нед, если их причина остается неясной после недельного обследования в стационаре.



- Повышение температуры тела до 38°C называется субфебрилитетом.
- Под хроническим субфебрилитетом понимают «беспричинное» повышение температуры тела длительностью более 2 нед и часто являющееся единственной жалобой больного.



Заболевания, характеризующиеся субфебрилитетом

- 1. Заболевания, сопровождающиеся воспалительными изменениями.
 - 1.1. Инфекционно-воспалительный субфебрилитет.
 - 1.1.1. Малосимптомные (асимптомные) очаги хронической инфекции:
 - - тонзиллогенные;
 - - одонтогенные;
 - - отогенные;
 - - локализованные в носоглотке;
 - - урогенитальные;
 - - локализованные в желчном пузыре;
 - - бронхогенные;
 - - эндокардиальные и др.



Заболевания, характеризующиеся субфебрилитетом

- 1. Заболевания, сопровождающиеся воспалительными изменениями.
 - 1.1. Инфекционно-воспалительный субфебрилитет.
 - 1.1.2. Трудно выявляемые формы туберкулеза:
 - - в мезентериальных лимфоузлах;
 - - в бронхопульмональных лимфоузлах;
 - - другие внелегочные формы туберкулеза (урогенитальные, костные).
 - 1.1.3. Трудно выявляемые формы более редких, специфических инфекций:
 - - некоторые формы бруцеллеза;
 - - некоторые формы токсоплазмоза;
 - - некоторые формы инфекционного мононуклеоза, в том числе формы, протекающие с гранулематозным гепатитом.



Заболевания, характеризующиеся субфебрилитетом

- 1. Заболевания, сопровождающиеся воспалительными изменениями.
 - 1.1. Инфекционно-воспалительный субфебрилитет.
 - 1.2. Субфебрилитет патоиммуновоспалительной природы (имеет место при заболеваниях, временно манифестирующих только субфебрилитетом с четким патоиммунным компонентом патогенеза):
 - - хронический гепатит любой природы;
 - - воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит (НЯК), болезнь Крона);
 - - системные заболевания соединительной ткани;
 - - ювенильная форма ревматоидного артрита, болезнь Бехтерева.
 - 1.3. Субфебрилитет как паранеопластическая реакция:
 - - на лимфогранулематоз и другие лимфомы;
 - - на злокачественные новообразования любой неустановленной локализации (почки, кишечник, гениталии и др.).



Заболевания, характеризующиеся субфебрилитетом

- 2. Заболевания, как правило, не сопровождающиеся изменением в крови показателей воспаления :
- - нейроциркуляторная дистония (НЦД);
- - гипоталамический синдром с нарушением терморегуляции;
- - гипертиреоз;
- - субфебрилитет неинфекционного происхождения при онкологических заболеваниях;
- - при хронических железодефицитных анемиях,
- - при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
- - субфебрилитет при глистных инвазиях и паразитарных заболеваниях;
- - ложный субфебрилитет: под ним в основном подразумеваются случаи симуляции у больных с истерией, психопатией; для выявления последних следует обращать внимание на несоответствие температуры тела и частоты пульса, характерна нормальная ректальная температура.



Заболевания, характеризующиеся субфебрилитетом

- 3. Физиологический субфебрилитет:
 - - предменструальный;
 - - конституционный.



1 Причины лихорадки неясного

генеза:

● I. Инфекции

- 1. Бактериальные (стафилококки, стрептококки, кишечная палочка - как важнейшие возбудители)
 - а) Локализованные: менингит, абсцесс мозга, тонзиллит, пневмония, абсцесс легких, эмпиема плевры, перикардит, холангит, эмпиема желчного пузыря, панкреатит, абсцесс печени, пиелонефрит, паранефрит, флебит, остеомиелит, эндокардит, перикардит, синуситы, раневая инфекция.
 - б) Общие инфекционные болезни - сепсис, тиф, паратифы.
 - в) Специфические - скарлатина, дифтерия, туляремия.
- 2. Туберкулёз.
- 3. Вирусные инфекции: инфекционный мононуклеоз, краснуха, эпидемический паротит, ВИЧ-инфекция, цитомегаловирусная инфекция, инфекционный лимфоцитоз, грипп, оспа, вирусы типа коксаки, вирусная пневмония.

Причины лихорадки неясного

генеза:

● I. Инфекции

- 4. Риккетсиозы: сыпной тиф, Q- лихорадка.
- 5. Спирохетозы, включая сифилис, лептоспирозы.
- 6. Бруцеллёз.
- 7. Грибковые инфекции: актиномикоз, гистоплазмоз.
- 8. Болезни, вызываемые простейшими: токсоплазмозы, малярия, лейшманиоз, амёбный гепатит.
- 9. Листерииоз.
- 10. Псевдотуберкулез.
- 11. Хламидийные инфекции: орнитоз, доброкачественный лимфоретикулез (болезнь кошачьих царапин).
- 12. Глистные инвазии.

Причины лихорадки неясного генеза:

- **II. Системные болезни соединительной ткани.**
 - 1. Ревматизм.
 - 2. Ревматоидный артрит.
 - 3. Системная красная волчанка.
 - 4. Узелковый периартрит.
 - 5. Дерматомиозит.
 - 6. Гигантоклеточный артериит.
 - 7. Болезнь Крона.

Причины лихорадки неясного генеза:

- **III. Лихорадочные состояния при опухолях.**
 - 1. При злокачественных новообразованиях.
 - 2. При лейкозах.
 - 3. При лимфогрануломатозах.
- **IV. Аллергические реакции.**
 - 1. Лекарственная лихорадка.
 - 2. Повышенная чувствительность к белкам (реакция на вакцинацию, сывороточная болезнь).

Причины лихорадки неясного генеза:

V. Лихорадочные состояния при распаде тканей.

- 1. Инфаркт миокарда.
- 2. Инфаркт легких.
- 3. Кровоизлияния в полости тела или в желудочно-кишечный тракт.
- 4. Острое нарушение мозгового кровообращения.
- 5. Токсический гепатит и т.д.

● **VI. Заболевания, сопровождающиеся нарушением обмена веществ:**

- Тиреотоксикоз
- Подагра
- Порфирия

● **VII. Периодические синдромы.**

При постановке диагноза из тактических соображений следует, прежде всего, исключить три основные причины возможной лихорадки!



Злокачественные
опухоли

Инфекции

Колагенозы

Этапы дифференциально-диагностического поиска:

I. Доказательства достоверности субфебрилитета, или ЛНГ

- С этой целью рекомендуют больному в течение 1-й нед измерение температуры через 3 ч с ночным перерывом, у женщин - с учетом менструального цикла.
- В случаях, вызывающих подозрение в симуляции, целесообразно измерять температуру тела больного в присутствии медицинского персонала в обеих подмышечных впадинах, с одновременным подсчетом ЧСС и частоты дыхательных движений (ЧДД) грудной клетки.



Этапы дифференциально-диагностического поиска:

II. Оценка эпидемиологических характеристик больного.

- полный анамнез, включая сведения о перенесенных заболеваниях, а также о социальных и профессиональных факторах.
- Очень важно получить данные о путешествиях, личных увлечениях, контактах с животными, а также о перенесенных оперативных вмешательствах и приеме каких-либо веществ, в том числе алкоголя.



Вопросы, которые необходимо уточнить у больного с субфебрилитетом, собирая анамнез:

- 1. Какая величина температуры тела?
- 2. Сопровождалось ли повышение температуры тела симптомами интоксикации?
- 3. Длительность повышения температуры тела.
- 4. Эпидемиологический анамнез:
 - - окружение пациента, контакт с инфекционными больными;
 - - пребывание за границей, возвращение из путешествий;
 - - время эпидемий и вспышек вирусных инфекций;
 - - контакты с животными.



Вопросы, которые необходимо уточнить у больного с субфебрилитетом, собирая анамнез:

- 5. Любимые увлечения.
- 6. Фоновые заболевания.
- 7. Оперативные вмешательства.
- 8. Предшествующий прием медикаментов.



Этапы дифференциально-диагностического поиска:

III. Физикальное обследование.

Выполняются общий осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, исследование органов и систем.

Наличие сыпи часто является маркером инфекционных болезней, что требует наиболее быстрой реакции терапевта!



Что можно заподозрить при наличии сыпи у пациента?

- Сливная эритема с шелушением.
- Распространенная, бледнеющая при надавливании эритема, которая начинается на лице и распространяется на туловище и конечности.
- Высыпания появляются на 1-2-й день.
- Характерная бледность носогубного треугольника.
- Кожа на ощупь напоминает «наждачную бумагу».
- Язык сначала покрыт белым налетом, затем становится красным. На 2-й нед заболевания – шелушение.
- Жалобы на головную боль.
- Характерна анемия.

Скарлатина.



Что можно заподозрить при наличии сыпи у пациента?

- Сыпь начинается с волосистой части головы, затем поражается лицо, грудь, спина.
- Высыпания мелко-папулезные, затем везикуло-папулезные с пупковидным вдавлением в центре.
- Все элементы могут быть одновременно.
- Характерен кожный зуд.

Ветряная оспа.



Что можно заподозрить при наличии сыпи у пациента?

- Сыпь пятнисто-папулезная, слегка возвышающаяся.
- Высыпания распространяются вниз от линии роста волос на голове, далее на лицо, грудь, туловище, конечности.
- Сыпь появляется на 2-й день с подсыпаниями до 6-го дня.
- После сыпи остается пигментация.
- Пятна Бельского-Филатова-Коплика на слизистой оболочке щек.
- Конъюнктивит. Катаральные явления. Слабость

Корь.



Корь.



Что можно заподозрить при наличии сыпи у пациента?

- Пятнисто-папулезная сыпь,
- Преимущественная локализация - спина, ягодицы, разгибательные поверхности конечностей, типично распространение сверху вниз. На лице сыпь менее выражена.
- Элементы сыпи расположены на фоне нормальной кожи.
- На мягком небе иногда можно увидеть мелкие элементы сыпи.
- Сыпь быстро исчезает (1-3 дня).
- Характерна лимфаденопатия, воспаление верхних дыхательных путей.

Краснуха.



Что можно заподозрить при наличии сыпи у пациента?

- Мелко-папулезный (кореподобный) характер сыпи: мелкопятнистая, розеолезная, папулезная петехиальная.
- Элементы сыпи держатся 1-3 дня и бесследно исчезают.
- Часто появление сыпи провоцирует назначение амоксициллина.
- Новых высыпаний обычно не бывает
- Выраженная генерализованная лимфаденопатия с преимущественным поражением шейных лимфоузлов.
- Фарингит.
- Гепатоспленомегалия

Инфекционный мононуклеоз



Инфекционный мононуклеоз



Этапы дифференциально-диагностического поиска:

- Важное значение имеет осмотр глоточных миндалин



Дифференциальная диагностика:

- Очаговая бактериальная инфекция:
 - **Поддиафрагмальный абсцесс:** в большинстве случаев болезнь начинается с лихорадки, рвоты и болей в подреберье. Боли обычно иррадиируют в спину или поясницу. Значительно реже отмечается иррадиация в плечо и надключичную область.
 - Температура тела повышается по вечерам и сопровождается ознобом.
 - Поколачивание по реберной дуге резко болезненно.
 - Ослабленное дыхание и притупление перкуторного звука на пораженной стороне. В части случаев это обусловлено высоким стоянием диафрагмы, а в части – скоплением экссудата в плевральной полости.
 - Диагноз поддиафрагмального абсцесса подтверждается извлечением гноя из его полости при пробной пункции.

Дифференциальная диагностика:

● Очаговая бактериальная инфекция:

- **подпеченочный абсцесс:** часто в анамнезе холецистит, язва желудка. Характерна лихорадка, боли в эпигастрии, в правом подреберье, выраженная интоксикация, субиктеричность кожных покровов.
- **холангит:** боли в правом подреберье, желтуха и лихорадка. Хронический холангит протекает чаще всего с длительным субфебрилитетом, на фоне которого периодически возникают периоды лихорадки.
- **абсцесс печени:** внутрипеченочные абсцессы протекают без болей, но с ощущением тяжести в правом подреберье, острые боли наблюдаются при субкапсулярном расположении абсцесса. Характерна гектическая лихорадка с ознобом и тяжелая интоксикация. Гепатомегалия. Боль при пальпации печени. Выпот в правой плевральной полости.

Дифференциальная диагностика:

- Очаговая бактериальная инфекция:

- **Хронический пиелонефрит:** боли в пояснице, дизурия, пиурия и бактериурия.
- **Паранефрит и паранефральный абсцесс:** лихорадка, сопровождающаяся ознобом, Симптом Пастернацкого оказывается обычно положительным. Появляются самопроизвольные боли в поясничной области или в латеральных частях живота. При осмотре - напряжение мышц на пораженной стороне. Собирая анамнез, необходимо иметь в виду, что абсцесс в паранефральной области может развиться даже спустя несколько месяцев после травмы.

Дифференциальная диагностика:

- Очаговая бактериальная инфекция:

- **Бронхоэктазы с нагноением:** повышение температуры сопровождается нередко потрясающим ознобом, а падение - проливным потом. Периоды лихорадки чередуются с афебрильными промежутками. Как правило имеется кашель с гнойной мокротой.

Дифференциальная диагностика:

- Очаговая бактериальная инфекция:

- **Инфекционный эндокардит:** пороки сердца в анамнезе. При аускультации выслушиваются новые шумы, изменяется характер, сила и тембр старых шумов. Появляются признаки сердечной недостаточности. Характерный цвет кожных покровов («кофе с молоком»), «барабанные пальцы» и множественные эмболии. Спленомегалия. Всем больным с подозрением на ИЭ обязательно проводят посев крови на стерильность и ультразвуковое исследование сердца.

Дифференциальная диагностика:

- Очаговая бактериальная инфекция:

- **назофарингиты:** гиперемия миндалин, мягкого неба и небных дужек, возможна гиперплазия миндалин. У многих больных задняя стенка глотки покрыта слизистым или слизисто-гнойным экссудатом. Наиболее постоянными являются жалобы больных на першение и боли в горле, сухой кашель, заложенность носа. Эти симптомы чаще всего сочетаются с недомоганием, вялостью, слабостью.

Дифференциальная диагностика:

● Очаговая бактериальная инфекция:

- **Менингит:** лихорадка, головная боль и рвота. Температура тела обычно повышается быстро, с сильнейшим ознобом и может достигать 40-42°C в течение нескольких часов.
- Головные боли исключительно сильные, чаще без определенной локализации, диффузные, в большинстве своем имеют пульсирующий характер. Особой интенсивности они достигают по ночам, усиливаются при перемене положения тела, резком звуке, ярком свете.
- Рвота при менингите возникает без предшествующей тошноты, вне связи с приемом пищи, внезапно, не приносит облегчения больному.
- Возможны судороги.
- Характерны расстройства сознания.
- При объективном обследовании на первое место выступают менинге-альные симптомы.

Дифференциальная диагностика:

- Очаговая бактериальная инфекция:
 - В ОАК всегда наблюдается лейкоцитоз со сдвигом формулы влево и ускорение СОЭ.
 - Местные признаки воспаления.

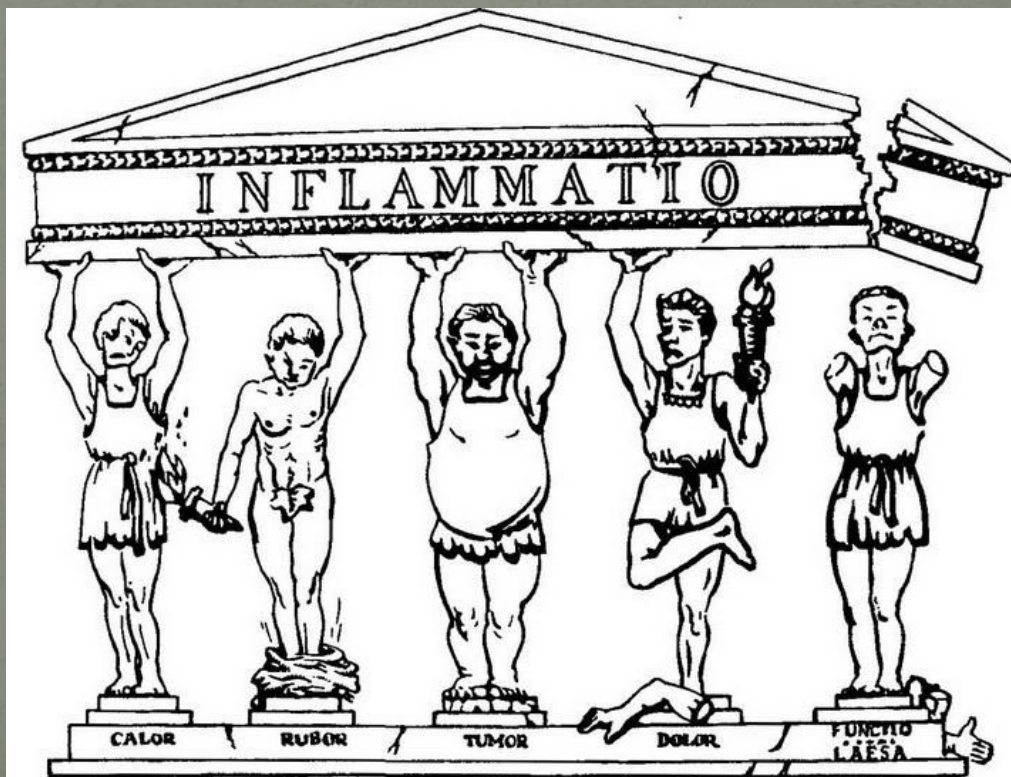


Рис. 12.1. Кардинальные признаки воспаления по Цельсу и Галену.

Дифференциальная диагностика:

- **Генерализованная бактериальная инфекция:**
 - **Сепсис:** лихорадка с ознобами, признаки интоксикации. Спленомегалия. Полиорганное поражение. Бактериемия.
 - **Менингококцемия (менингококковый сепсис):** выраженные симптомы токсикоза и развитие вторичных метастатических очагов. Типична геморрагическая сыпь. В соскобах и биоптатах элементов сыпи у нелеченых больных с большим постоянством обнаруживаются менингококки

Сыпь при менингококцемии:



Дифференциальная диагностика:

● Генерализованная бактериальная инфекция:

- **Брюшной тиф:** прогрессирующая лихорадка, которая в течение первой недели постепенно нарастает, сопровождается резкой головной болью и слабостью. Характерной является относительная брадикардия. Наиболее типично постепенное снижение лихорадки на 3-й неделе и нормализация температуры тела на 4-й неделе заболевания. После небольшого афебрильного периода длительностью около недели наступает рецидив. Ознобов нет.
- Диарея со стулом в виде «горохового супа», иногда наблюдаются запоры.
- Спленомегалия.
- Сухие хрипы в легких.
- Розеолезная сыпь на коже живота, реже на коже груди и спины.
- В ОАК лейкопения, или число лейкоцитов остается нормальным, увеличивается относительное число лимфоцитов.

Сыпь при брюшном тифе



**Проконсультируйся
с инфекционистом!**

**Увидел
больного с
сыпью и
температурой
?**



Дифференциальная диагностика:

- Коллагенозы:
 - лихорадка, снижающаяся под влиянием НПВС и глюкокортикоидных гормонов,
 - Системные проявления(как правило, практически всегда поражаются суставы)
 - Повышение острофазовых показателей и ревмопроб.



Дифференциальная

диагностика:

- Опухоли:
 - паранеопластические синдромы, которые нередко принимаются как проявления системных заболеваний (ревматоидный артрит, СКВ и др.) или аллергоза.
 - немотивированное похудание, резкая слабость.
 - возможна пальпация опухоли.
 - гематурия, наличие крови в кале, кровохарканье.
 - регионарная лимфаденопатия.
 - лихорадка наиболее типична для злокачественных опухолей почек, печени, кишечника и лимфоидной ткани



Дифференциальная

диагностика:

- Лекарственные лихорадки:
 - 1. Диссонанс между частотой пульса и уровнем лихорадки.
 - 2. Лекарственная аллергия в анамнезе.
 - 3. Эозинофилия более $0,3 \times 10^9/\text{л}$.
 - 4. Симптомы желудочной или кишечной диспепсии.
 - 5. Повышение активности aminотрансфераз сыворотки крови.

Если по окончании медикаментозной терапии через 24-72 часа прекращается лихорадка, то это служит веским доводом в пользу диагноза «лекарственная лихорадка».



Дифференциальная диагностика:

- Лихорадки при распаде тканей (ОНМК, ИМ, гепатиты и т. д.).
 - Данные физикального обследования.
 - Изменения лабораторных показателей: повышение АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК, миоглобина, тропонинов и т.д.
 - Изменения, полученные при инструментальном обследовании больных: изменения на ЭКГ, рентгенографии органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и т.д.



Дифференциальная

диагностика:

- **Заболевания, связанные с нарушением обмена веществ:**
 - **Тиреотоксикоз:** раздражительностью, чувство дрожи в теле, эмоциональной лабильностью, тремор конечностей, диарея, избыточное потоотделение. Характерно похудание. Положительные глазные симптомы (симптом Кохера, экзофтальм (пучеглазие), редкое мигание). Возможны нарушения ритма, повышение АД. Повышение тиреотропных гормонов в крови.
 - **Подагра:** острые и интермиттирующие артралгии, продолжительностью от 1 дня до нескольких недель. Типично поражение первого плюснефалангового сустава, моноартикулярный характер поражения. Характерно повышение уровня мочевой кислоты в крови, обнаружение кристаллов мочевой кислоты в биоптатах. В большинстве случаев отмечается повышение СОЭ.

Дифференциальная

диагностика:

- Заболевания, связанные с нарушением обмена веществ:
- **Острая перемежающаяся порфирия.** Наследственное заболевание, характеризующихся нарушением биосинтеза гема, при этом в органах и тканях накапливаются порфирины или их предшественники. Основным симптомом - приступ коликообразных болей в эпигастрии или правой подвздошной области различной выраженности, которые могут сопровождаться тошнотой, рвотой, запорами, а также лихорадкой и лейкоцитозом. Также наблюдается периферическая невропатия - вялые параличи и парезы, отсутствие сухожильных рефлексов, боли в конечностях, гиперестезии и парестезии; поражение ЧМН: атрофия зрительного нерва, дисфагия, офтальмоплегия; центральная нервная система: галлюцинации, делирий, кома. Провоцируют приступы барбитураты, противосудорожные препараты, эстрогены, пероральные контрацептивы, алкоголь, беременность.

Дифференциальная

диагностика:

● Периодические синдромы:

- В настоящее время выделяют группу врождённых, так называемых периодических (или аутовоспалительных) синдромов, течение которых характеризуется периодической лихорадкой в сочетании с симптомами системного воспаления.
- По последней классификации Европейского общества иммунодефицитов аутовоспалительные заболевания отнесены к первичным иммунодефицитным состояниям.
- Они обусловлены генетическим нарушением взаимодействия регуляторов воспаления и возникают при отсутствии патогена.
- При этом у пациентов не определяются признаки аутоиммунной агрессии (аутоантитела, аутореактивные Т-лимфоциты).

План обследования больных с ЛНГ:

● ОАК:

Показатель	Причины
Лейкоцитоз со сдвигом формулы влево	Гнойные инфекции - сдвиг лейкоцитарной формулы влево
лейкопения	бруцеллез, малярия, тиф, гемобластозы
лимфоцитоз	Вирусные инфекции, туберкулез
нейтропения	парвовирусная инфекция
плазмоцитоз	миеломная болезнь
эозинофилия	лихорадка, ассоциированная с приемом лекарственных препаратов
анемия	гемобластозы, милиарный туберкулез, онкопатология, эндокардит, тиф, саркоидоз
тромбоцитопения	малярия, лейшманиоз
увеличение СОЭ	инфекции, новообразования, саркоидоз, артериит Такаясу, периодические синдромы

План обследования больных с ЛНГ:

- ОАМ: лейкоцитурия, гематурия, бактериурия.

персистирующая лейкоцитурия при повторных отрицательных результатах бактериологического посева мочи должна насторожить в отношении туберкулёза почек

План обследования больных с ЛНГ:

- Б/х анализ крови:
 - повышение концентрации острофазовых показателей;
 - при повышении концентрации АЛТ, АСТ необходимо проведение прицельного исследования на патологию печени,
 - появление D-димеров фибриногена - при подозрении на ТЭЛА;
 - повышение уровня амилазы при патологии pancreas;
 - Повышение уровня КФК, ЛДГ, тропонинов – при ИМ.

План обследования больных с ЛНГ:

- Бактериологический посев крови. Проводят несколько посевов венозной крови (не более 6) на наличие возможной бактериемии или септицемии.
- Бактериологический посев мочи, при подозрении на туберкулёз почек - посев на селективные в отношении микобактерий среды.
- Бактериологический посев мокроты или кала - при наличии соответствующих клинических проявлений.
- Бактериоскопия: исследование «толстой капли» крови на плазмодии малярии.

План обследования больных с ЛНГ:

- Иммунологические методы (обнаружение АТ к возбудителям)
- Комплексное обследование больного на туберкулёз (флюорография, посев мокроты, мочи).
- ПЦР-диагностика.
- Обязательно тестирование на ВИЧ-инфекцию

План обследования больных с ЛНГ:

- Электрофорез белков сыворотки при подозрении на патологию иммунной системы.
- Исследование функций щитовидной железы при подозрении на тиреоидит.
- Определение РФ и антиядерных АТ при подозрении на коллагенозы и сосудистую патологию

План обследования больных с ЛНГ:

- ЭКГ (возможны признаки перегрузки правых отделов сердца при ТЭЛА)
- Рентгенография органов грудной клетки, брюшной полости, придаточных пазух носа (по клиническим показаниям)
- УЗИ брюшной полости и тазовых органов (в сочетании с биопсией по показаниям) при подозрении на объёмное образование, обструктивные заболевания почек или патологию жёлчного пузыря и желчевыводящих путей
- Эхокардиография при подозрении на поражение клапанов, миксому предсердий, перикардальный выпот.
- КТ/МРТ брюшной полости и таза, радиоизотопное сканирование (в сочетании с прямой биопсией по показаниям) при подозрении на инфекционный процесс и объёмное образование
- Сканирование костей с Tc99 для ранней диагностики остеомиелита имеет большую чувствительность, чем рентгенологический метод
- Колоноскопия при подозрении на болезнь Крона

План обследования больных с ЛНГ:

- Пункция костного мозга при подозрении на гранулематоз, гемобластоз, злокачественные новообразования
- Биопсия печени при подозрении на гранулематоз
- Биопсия височной артерии при подозрении на гигантоклеточный артериит
- Биопсия лимфатических узлов, мышц и кожи (по показаниям)
- Если проведённые диагностические процедуры оказались малоинформативными, проводят диагностическую лапаротомию

- Длительная лихорадка является показанием для госпитализации. Место лечения больного зависит от наиболее вероятного диагноза.



ОПТИМАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПОИСКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СОПУТСТВУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ

- Потеря массы тела
- Гипотензия
- Одышка
- Менингеальные симптомы
- Дезориентация
- Сердечные шумы
- Кожные высыпания
- Желтуха
- Диарея
- Лимфоаденопатия
- Боль в животе
- Дизурия
- Гематурия
- Артралгия
- Артрит
- Миалгия
- Рвота
- Органомегалия
- Поражения глаз
- Тошнота

ПОДОЗРЕНИЕ НА ОБЩУЮ ИНФЕКЦИЮ

ОАК, подсчет ретикулоцитов и тромбоцитов; СОЭ. Анализ мочи с окраской осадка по Граму. Гемокультура. Посев мочи не менее 3 раз. Специфические реакции.

↓

Диагноз установлен

↓

Антибактериальная терапия

ПОДОЗРЕНИЕ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

- ПОВТОРНЫЕ ПОСЕВЫ МОКРОТЫ,
- ПРОМЫВНЫХ ВОД БРОНХОВ,
- ЖЕЛУДКА НА МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА
- ПРОБА МАНТУ
- ПОВТОРНЫЕ СНИМКИ ЛЕГКИХ И ТОМОГРАММЫ

ИСКЛЮЧИТЬ ДИФФУЗНЫЕ БОЛЕЗНИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

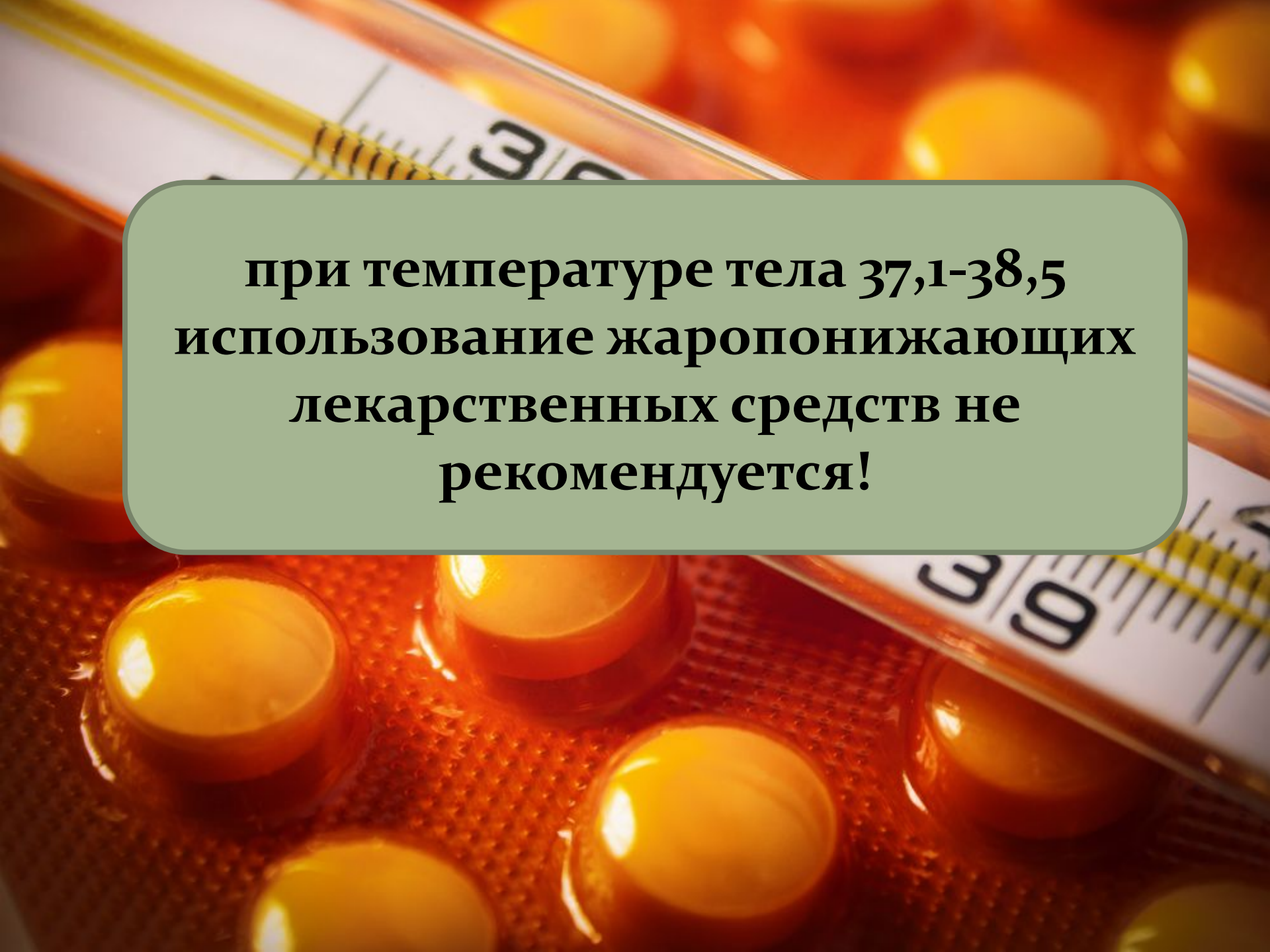
- Определение белковых фракций
- Иммуноэлектрофорез белков
- Исследование на антинуклеарный фактор
- Антитела к ДНК
- LE-клетки
- Биопсия кожи, почек, мышц и другие

ПОДОЗРЕНИЕ НА ИНФЕКЦИОННЫЙ ГЕПАТИТ

- Белковоосадочные пробы (тимоловая, сулемовая и другие)
- Определение аминотрансфераз, билирубина, ЩФ, гаммаглутамилтранспептидазы, холестерина и др.
- Кровь на маркеры гепатита А, В, С, D и др.
- Определение степени фиброза аппаратом фиброскан
- Биопсия печени

ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ПОИСК





**при температуре тела 37,1-38,5
использование жаропонижающих
лекарственных средств не
рекомендуется!**

Спасибо за внимание

