

Лихорадочный синдром и субфебрилитет

Доцент кафедры ВБ №2, к.м.н.
О.Н.Курочкина

Цель

- Углубить знания студентов по тактике ведения больных с лихорадочным синдромом.

Наиболее частые причины лихорадки неясной этиологии

- **1. Искусственная лихорадка**
- **2. Конституциональная гипертермия**
- **3. Общая инфекция:**
 - Сепсис
 - Поддиафрагмальный абсцесс
 - Туберкулез
 - Брюшной тиф
 - Бруцеллез
 - Менингококковый сепсис
 - Малярия
- **4. Очаговая инфекция:**
 - Подпеченочный абсцесс
 - Холангит и абсцесс печени
 - Пиелонефрит
 - Паранефрит
 - Бронхоэктазы с нагноением

Наиболее частые причины лихорадки неясной этиологии

- **5. Опухоли**
- **6. Диффузные болезни соединительной ткани:**
 - СКВ
 - Ревматоидный артрит
 - Узелковый полиартериит
 - Болезнь Крона
- **7. Другие болезни:**
 - Болезни крови и кроветворных органов
 - Тромбофлебит
 - Гепатит и цирроз печени
 - Тиреотоксикоз
 - Лекарственная лихорадка

Длительная изолированная лихорадка

- при туберкулезе,
- Лимфогранулематозе,
- гематосаркоме и
- диффузных болезнях соединительной
ткани

Болезни, при которых лихорадка осложняется ознобами

- 1. Сепсис.
- 2. Бактериальный эндокардит.
- 3. Образование абсцесса в любом органе.
- 4. Бактериальная пневмония.
- 5. Тромбофлебит и пилефлебит (гнойные).
- 6. Холангит (гнойный).
- 7. Малярия.
- 8. Бронхоэктазии.
- 9. Рожистое воспаление.
- 10. Паранефрит и пиелонефрит.
- 11. Острый лейкоз.
- 12. Эмпиема плевры.

Сепсис

- В клинической картине сепсиса доминирует интоксикация и высокая лихорадка.
- Повторные ознобы с профузным потоотделением возникают иногда по несколько раз в сутки.
- Одновременно с лихорадкой отмечается высокий лейкоцитоз со сдвигом влево и повышение СОЭ.
- Через 1-3 недели – увеличение печени и селезенки, метастазы инфекции в другие органы.

Брюшной тиф

- Начинается с лихорадки. У здорового человека начинается прогрессирующая лихорадка, которая в течение первой недели постепенно нарастает, сопровождается резкой головной болью и слабостью.
- Характерной является относительная брадикардия. Нарастание лихорадки не сопровождается адекватным увеличением темпа сердечных сокращений.
- На 2-й неделе болезни устанавливается лихорадка постоянного типа, головные боли резко уменьшаются и на 3-й неделе могут даже исчезнуть полностью. Лихорадка на 3-й неделе начинает постепенно понижаться и на 4-й — может полностью прекратиться.
- После небольшого афебрильного периода длительностью около недели наступает рецидив. Вновь начинается «лестницеобразный» подъем температуры, но общая длительность лихорадочного периода значительно короче первого. Во время лихорадочного периода в части случаев отмечается диарея со стулом в виде «горохового супа», а иногда наблюдаются запоры.

Брюшной тиф

- В течение первых 10 дней болезни из крови может быть выделен возбудитель.
- Селезенка увеличивается уже на первой неделе болезни и остается увеличенной до конца лихорадочного периода. Во время рецидива болезни она вновь увеличивается.
- В начале болезни в легких выслушиваются сухие хрипы.
- Типичная розеолезная сыпь появляется на первой неделе болезни обычно на коже живота, реже на коже груди и спины. В редких случаях розеолы обнаруживаются на бедрах.
- Реакция Видаля становится положительной не ранее 2-й недели болезни и обычно после 10-го дня. Иногда она оказывается отрицательной даже на 3-й неделе болезни. диагноз брюшного тифа в остром периоде болезни не может быть исключен на основании отрицательного результата реакции Видаля.
- число лейкоцитов в крови уменьшается или остается нормальным, относительно увеличивается число лимфоцитов. Абсолютное число нейтрофилов обычно уменьшено.
- Несмотря на значительные размахи лихорадки, ознобы, как

Бруцеллез

- В продромальном периоде - артралгии, боли в пояснице, субфебрилитет, головные боли.
- Лихорадка постепенно увеличивается и нередко становится волнообразной. сопровождается ознобами с последующим профузным потоотделением.
- Общее состояние больных, несмотря на высокую лихорадку, в большинстве случаев остается удовлетворительным. У них сохранено сознание, они активны и даже несколько эйфоричны.
- Характерно сочетание лихорадки с артралгиями и лимфаденитом. Раньше и чаще других увеличиваются лимфатические узлы шеи. Подмышечные и паховые узлы поражаются значительно реже. не имеют склонности к быстрому увеличению.
- Артралгии или артриты в остром периоде бруцеллеза возникают более чем в половине случаев. Поражаются обычно крупные суставы.
- Фиброзиты и целлюлиты чаще располагаются в пояснично-крестцовой области.
- В остром периоде болезни приблизительно в 80% случаев отмечается умеренное увеличение печени и селезенки. Желтуха развивается только в редких случаях.
- Бактериемия в остром периоде болезни может быть подтверждена посевом крови, костного мозга или мочи.
- реакции Райта и Хеддлсона. Положительный результат отмечается уже с 5-го дня болезни. Нарастание титров в течение болезни Отрицательный результат этих реакций не исключает бруцеллеза.

Инфекционный эндокардит

- Лихорадка
- Ознобы с повышением температуры до 40— 41С и с последующим профузным потоотделением.
- Головные боли - иногда оказываются единственной жалобой больных
- рано развивается анемия.
- анорексия и быстро прогрессирующее похудание больного
- развитие митральной или аортальной недостаточности: появление новых шумов, к изменению характера, силы и тембра старых шумов, появление периферических признаков аортальной недостаточности.
- Колонизация трехстворчатого клапана. Систолический шум появляется обычно одновременно с признаками сердечной недостаточности: увеличением печени, расширением подкожных вен шеи, отеками подкожной клетчатки.

Поздние признаки ИЭ:

- характерный цвет кожных покровов («кофе с молоком»), барабанные пальцы и множественные эмболии
- Септические эмболы в коже и слизистых оболочках (симптом Лукина — Либмана) выглядят в виде петехий с белым центром, в конъюнктиве нижнего века, на слизистой оболочке ротовой полости, в сетчатке.
- Септические эмболии в кожу (узелки Ослера) являются патогномоничными признаками подострого бактериального эндокардита. Чаще всего они наблюдаются в подушечках пальцев верхних и нижних конечностей, в коже тенара и гипотенара и на подошвах нижних конечностей.
- Поражение почек при бактериальном эндокардите проявляется в виде инфарктов, очагового или диффузного гломерулонефрита. Протеинурия появляется в каждом, а гематурия — почти в каждом случае бактериального эндокардита. В поздних стадиях болезни возникает нефротический синдром и хроническая почечная недостаточность.
- Увеличение селезенки обнаруживается приблизительно в 2/3 случаев ИЭ. Это поздний признак болезни.
- Поражение центральной нервной системы. Эмболизация сосудов мозга сопровождается возникновением инсультов. Клиническая картина складывается из лихорадки с признаками менингита и энцефалита.
- При ИЭ трехстворчатого клапана наблюдаются эмболии легочных сосудов с образованием инфарктов обычно одновременно в обоих легких, которые склонны осложняться пневмониями, абсцессами и в редких случаях плевритами. число лейкоцитов в крови остается нормальным. Характерны повышение содержания гамма-глобулинов в крови и высокая СОЭ.

Диагностика

- 1. Гемокультура. Кровь для посева лучше всего брать за полчаса — час до ожидаемого пика температурной кривой или во время лихорадки. Бактериемия часто бывает кратковременной, поэтому рекомендуется брать в течение дня от 3 до 5 проб крови, каждую объемом по 20 — 25 мл.
- 2. Эхо-КГ
- 3. ЭКГ - ИЭ протекает обычно без нарушения сердечного ритма.

Заболевания соединительной Ткани

- **Системная красная волчанка.**
- Повышения температуры тела могут сопровождаться ознобами и проливными потами, но общая интоксикация выражена обычно нерезко.
- Лихорадка полностью резистентна к антибиотикам и сульфаниламидным препаратам, но весьма чувствительна к жаропонижающим средствам и стероидным гормонам. Лихорадка протекает, как правило, с лейкопенией. Содержание эозинофилов часто нормальное.
- одновременно с лихорадкой появляются артралгии, эритема или пурпура. Острое течение системной красной волчанки наблюдается обычно у женщин.
- **Диагностика:** характерные изменения кожи в форме «бабочки», волчаночные клетки или антинуклеарный фактор в высоком титре; поражение почек и лимфатических узлов.
- Гистологическая картина люпус-нефрита с наличием «проволочных петель», фибриноида, гиалиновых тромбов и ядерной патологии

Ревматоидный артрит

- в большей части случаев начинается лихорадкой, которая в течение довольно значительного времени может протекать без сопутствующего артрита.
- Лихорадка в начале ревматоидного артрита часто сочетается с артралгиями, кожными сыпями.
- Повышение температуры тела может сопровождаться ознобами. В течение 1—3 нед температура тела держится на уровне 38—40° С, после чего наступает афебрильный период.
- В более позднем периоде болезни одновременно с лихорадкой постепенно развивается типичное многосиндромное заболевание с поражением плевры, легких, с увеличением селезенки, лимфатических узлов. Полиартралгии сменяются артритами.
- определения ревматоидного фактора

узелковый периартериит

- Болезнь начинается обычно внезапно высокой лихорадкой с резко выраженной интоксикацией.
- Вскоре к лихорадке присоединяются мочевого синдром, исхудание, приступы удушья и умеренное или выраженное повышение артериального давления.
- Многосистемное поражение выявляется значительно раньше, чем при других коллагенозах. Поражение почек. Артериальная гипертония у этих больных появляется обычно одновременно с мочевым синдромом.
- Диагностика: биопсия почек, подкожных узелков или мышц.

Опухоли

- Лихорадка при опухолях может быть постоянной, послабляющей, перемежающейся. Изредка она сопровождается ознобами.
- одновременно с лихорадкой отмечается выраженное снижение аппетита, вследствие чего развивается быстрое исхудание больного, нарастание общей слабости

Заболевания крови, сопровождающиеся лихорадкой.

- Лихорадка в течение длительного времени может быть единственным проявлением миелолейкоза, особенно его алейкемической фазы.
- Другие болезни крови тоже часто протекают с лихорадкой. Тяжелая анемия любого происхождения осложняется лихорадкой, которая может достигать 38—39° С.

Лимфопроферативные заболевания

- **Лимфогранулематоз, лимфосаркома.** Во время лихорадки вовлеченные в процесс лимфатические узлы быстро увеличиваются в размерах. После установления нормальной температуры размеры узлов заметно уменьшаются. Чаще других поражаются лимфатические узлы средостения. Чаще всего отмечается увеличение паратрахеальных узлов справа.
- Брыжеечные, кишечные и забрюшинные лимфатические узлы нередко поражаются при гематосаркомах.
- Лимфогранулематоз и гематосаркома тонкой и ободочной кишок диагностируются обычно в поздних стадиях болезни.
- увеличения лимфатических узлов на шее, в подмышечных областях или в животе. биопсия увеличенного узла.
- Волнообразная лихорадка характерна для далеко зашедших случаев лимфогранулематоза. В более ранних стадиях эта болезнь протекает с кратковременными, часто ночными повышениями температуры иногда до $40-41^{\circ}\text{C}$, после которых наступает профузное потоотделение. К утру температура тела может понизиться до нормы. Иногда одновременно с лихорадкой отмечается кожный зуд. Тошнота и рвота могут быть эквивалентами боли. В более поздних стадиях болезни появляется увеличение печени и селезенки, что заметно облегчает диагноз.
- Костный мозг в ранних стадиях лимфогранулематоза поражается не диффузно, а очагами, поэтому пункция грудины в начале болезни редко дает ценную диагностическую информацию. Отсутствие в пунктате клеток Штернберга — Березовского не исключает [лимфогранулематоза](#).

Субфебрилитет как разновидность лихорадочного

синдрома.

- Под длительным субфебрилитетом обычно подразумевают колебания температуры тела в пределах от 37 до 38 °С в течение более 2 нед., нередко в течение многих месяцев и даже лет
- **Заболевания, сопровождающиеся субфебрилитетом.**
- Заболевания, не сопровождающиеся воспалительным сдвигом в крови:
- нейроциркулярная дистония; постинфекционный субфебрилитет; предменструальный синдром; гипоталамический синдром с нарушением терморегуляции; гипертиреоз; субфебрилитет неинфекционного происхождения при некоторых внутренних заболеваниях (хроническая железодефицитная анемия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма); искусственный субфебрилитет - симуляция, аггравация, нередко на фоне психопатических расстройств личности (например, синдром Мюнхгаузена).
- Заболевания, сопровождающиеся воспалительными изменениями:
 - Инфекционно-воспалительный субфебрилитет:
 - малосимптомные очаги хронической неспецифической инфекции: урогенитальные, бронхогенные, эндокринные и др.;
 - трудно выявляемые формы туберкулеза: в мезентериальных лимфатических узлах, в бронхопульмональных лимфатических узлах, другие внелегочные формы туберкулеза;
 - трудно выявляемые формы более редких специфических инфекций: некоторые формы бруцеллеза токсоплазмоза, инфекционного мононуклеоза,
 - Субфебрилитет иммуновоспалительной природы
 - хронический гепатит любой природы; воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона и др.); системные заболевания соединительной ткани; ювенильная форма ревматоидного артрита, болезнь Бехтерева.
 - Субфебрилитет как паранеопластическая реакция:
 - на лимфогранулематоз и другие лимфомы ;
 - на злокачественные новообразования любой неустановленной локализации (почки, кишечник, гениталии и др.).
- Т.

Физиологическая гипертермия

- Физическое напряжение может сопровождаться повышением температуры тела.
- кратковременная гипертермия появляется у детей под влиянием игр на свежем воздухе.
- Гипертермия м.б. обусловлена одновременным действием физических нагрузок и высокой температуры окружающей среды.
- Гипертермия в указанных случаях отличается кратковременностью. Она исчезает вскоре после прекращения действия вызывающих ее факторов.

Конституциональная лихорадка и симуляция

- **аггравация и симуляция**. Характерными признаками искусственных лихорадок являются: отсутствие обычных суточных колебаний температуры тела и нарушение обычных взаимоотношений между лихорадкой, частотой пульса и дыханием.
- **привычная, или конституциональная гипертермия** встречается чаще у женщин молодого возраста с признаками астенического синдрома. Одновременно с гипертермией у этих больных отмечается артериальная гипотония, вазомоторная лабильность. Диффузная гиперемия лица, шеи и верхней части груди наступает у них даже при незначительном воспалении. Температура тела обычно субфебрильная, а во время ситуаций, требующих напряжения всех физических и умственных сил организма, держится на уровне $37,8—38^{\circ}\text{C}$ и по несколько раз в день может даже превышать указанный уровень. Длительная лихорадка у юношей, как и у их матерей, появлялась впервые в период интенсивной подготовки к экзаменам на аттестат зрелости.

Субфебрилитет неинфекционной этиологии (неврологический)

- Проявления церебральных вегетативных нарушений входят в картину синдрома вегетативной дистонии (психовегетативный синдром) и возникают:
- на фоне клинических признаков гипоталамической дисфункции (чаще встречается монотонный субфебрилитет в сочетании с эндокринными и вегетативными нарушениями) без клинических признаков гипоталамической дисфункции (гипертермия отличается фебрильными цифрами, носит длительный, упорный характер).
-
- **повреждения гипоталамуса**
- при травме в случае перелома основания черепа
- при травматической экстра-, субдуральной или внутримозговой гематоме
- **опухоли, аневризмы**
- супраселлярные менингиомы
- краниофарингиомы
- опухоли гипофиза
- Они могут вызывать несахарный диабет, психические и эмоциональные расстройства, а в отдельных случаях - центральную лихорадку.

- Лихорадка, лимфоаденопатия, похудание и другие симптомы, подозрительные на ВИЧ-инфекцию.
- Методы обследования для уточнения диагноза. Тактика врача-терапевта при положительной серологической реакции.