

**«КАБАРДИНО-БАЛКАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Х.М. БЕРБЕКОВА»**

Кафедра госпитальной терапии

СРС

**«ЛИХОРАДОЧНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ТЕРАПЕВТА
ПОЛИКЛИНИКИ»**



Выполнил:
студент 6 курса
Хамдиев М.А.
Преподаватель :
Гурижева М.В.

Нальчик 2015г.

Одной из наиболее частых жалоб, с которой обращаются пациенты в поликлинику, является повышение температуры тела либо изолированное в виде моносимптома, либо в сочетании с другими жалобами и проявлениями (слабость, недомогание, головная боль, кашель, неустойчивый стул и т.д.). Встречаясь с такого рода пациентами, особенно при наличии этой единственной жалобы, врач должен решить вопрос: является ли повышение температуры тела ответом на патологический процесс в организме, т. е. имеет место действительно лихорадка, или она обусловлена другими причинами.

◆ Клиническая картина.

При заболевании, сопровождающихся лихорадкой, клиническая картина довольно разнообразна. Субъективные ощущения больных при лихорадке носят различный характер, поскольку одни чувствительны даже к небольшим колебаниям температуры тела, тогда как другие не испытывают никакого дискомфорта при значительном ее повышении. Однако у подавляющего большинства больных возникают жалобы, которые связаны непосредственно с наличием у них лихорадки, и не являются проявлением основного заболевания. Чаще всего к ним относятся тахикардия, головная боль, боль в суставах и мышцах, профузный пот, познабливание или озноб, снижение аппетита.

При осмотре у значительного большинства больных (за редким исключением) при аускультации сердца определяется тахикардия, так как повышение температуры тела на 1 °С приводит к увеличению частоты сердечных сокращений на 10—15 ударов в 1 мин. У многих пациентов выслушиваются экстрасистолы, которые обусловлены непосредственным токсическим действием бактерий, вирусов и продуктов их жизнедеятельности на ЦНС и центр терморегуляции и активацией симпатoadреналовой системы под влиянием цитокинов. Лихорадка неблагоприятно сказывается на деятельности желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), что проявляется нарушением секреции пищеварительных соков, моторики и процессов всасывания. Вследствие этого можно выявить сниженный аппетит, развитие синдрома нарушенного всасывания и запоров, особенно у лиц пожилого возраста. Важно исключить так называемые искусственные, или ложные, лихорадки, которые вызываются манипуляциями с термометром, приемом внутрь или введением под кожу и другие места различных веществ, обладающих пирогенными свойствами. В большинстве своем так поступают женщины молодого или среднего возраста, часто медицинские работники или их родственники с психогенными нарушениями ипохондрического характера, которые чрезмерно сосредоточены на собственном здоровье, бдительно наблюдая за малейшими изменениями самочувствия и состояния, в частности температурой тела. Пациенты полагают, что врач подозревает их в симуляции, недооценивает тяжесть их состояния, серьезность и опасность имеющегося заболевания.

Существует и другая категория здоровых людей с повышенной температурой тела, пытающихся добиться того, чтобы у врача сложилось впечатление о наличии у них какого-нибудь заболевания. Обычно этого добиваются с определенной целью, например, для освобождения от воинской обязанности, уголовной ответственности. Поэтому у всех пациентов при подозрении на искусственно вызванную лихорадку для ее объективизации рекомендуется измерять одновременно оральную и ректальную температуру, которая обычно на 0,5 °С выше оральной в присутствии медицинского персонала.

Необходимо обращать внимание на несоответствие кривой температуры и частоты пульса, а также вполне удовлетворительное состояние и эмоциональность таких пациентов, несмотря на утверждения о серьезности заболевания. Следует проводить внимательный осмотр кожных покровов для выявления возможных инфильтратов, следов от инъекций, которые пациенты обычно делают себе сами.

Еще у одной группы практически здоровых пациентов может наблюдаться различной степени выраженности повышение температуры тела. Речь идет о физиологических причинах, порой вызывающих лихорадку. Небольшое повышение температуры тела может быть связано с циркадными ритмами. У здорового человека температура тела достигает максимального уровня к 18.00 и минимального — в 3.00 ночи.

Выраженное повышение температуры вплоть до 38 — 39 °С может кратковременно наблюдаться после тяжелой длительной физической работы, особенно в жаркую погоду. Небольшое повышение температуры тела до субфебрильных величин может отмечаться после употребления обильной белковой пищи. К участковому врачу нередко обращаются пациенты, чаще женщины молодого возраста, с единственной жалобой на постоянно имеющуюся у них субфебрильную температуру (37,1 — 37,4 — 37,6 °С). При полном клинико-лабораторном обследовании, порой многократном, выявить какое-либо органическое заболевание (вирусного или бактериального генеза), приведшее к повышению температуры тела, не удается. В большинстве случаев это оказываются пациенты, страдающие нейроциркулярной дистонией с соответствующей многообразной клинической симптоматикой, в которой субфебрилитет является лишь одним из проявлений дисфункции вегетативной нервной системы.

Не следует забывать о том, что лихорадка может быть единственным и основным проявлением возникшего осложнения при назначении ряда лекарственных средств различных групп по поводу какого-либо заболевания. Наиболее часто вероятность ее возникновения связана с назначением пациентам антибактериальных препаратов (антибиотиков, сульфаниламидов), нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) (аспирина, - ибупрофена и др.), препаратов, действующих на центральную нервную систему (ЦНС). Лихорадка может возникать в различные сроки после назначения препарата (через несколько дней, недель) и не имеет практически никаких специфических признаков по сравнению с лихорадками другого происхождения. Одним из признаков, подтверждающих лекарственный генез, является исчезновение лихорадки, хотя не всегда, в первые дни после отмены препарата.

❖ Заболевания , которые наиболее часто встречаются в лечебной практике врача и длительно могут проявляться лишь лихорадкой неясного происхождения.

- **Эндокардит.** В практике терапевта особое место как причина лихорадки неясного генеза занимает в настоящее время инфекционный эндокардит, при котором лихорадка (ознобы) часто задолго опережает физические проявления заболевания сердца (шумы, расширение границ сердца, тромбоэмболия и др.). В группе риска инфекционного эндокардита находятся наркоманы (инъекции наркотиков) и лица, которым длительное время парентерально вводят лекарственные препараты. При этом обычно поражаются правые отделы сердца. По данным ряда исследователей, выявить возбудителя заболевания трудно: бактериемия, часто перемежающаяся, почти у 90% больных требует 6-кратного посева крови. Следует иметь в виду, что у больных с дефектом в иммунном статусе причиной эндокардита могут быть грибы.
- **Туберкулез.** Лихорадка нередко бывает единственным проявлением туберкулеза лимфатических узлов, печени, почек, надпочечников, перикарда, брюшины, брыжейки, средостения. В настоящее время туберкулез часто сочетается с врожденным и приобретенным иммунодефицитом. Наиболее часто при туберкулезе поражаются легкие, и рентгенологический метод является одним из информативных. Надежный бактериологический метод исследования. Микобактерии туберкулеза можно выделить не только из мокроты, но и из мочи, желудочного сока, спинномозговой жидкости, из перитонеального и плеврального выпота. Следует иметь в виду, что только у 7 % больных пожилого возраста на рентгенограммах отмечается изолированное поражение верхушки легкого, а почти у 50 % из них туберкулезные очаговые тени выявляются в средних и базальных отделах легких, при этом они сочетаются с плевральным выпотом или утолщением плевры. Каверны обнаруживают у 1/3 больных. Туберкулезное поражение плевры наиболее надежно выявляются при торакоскопии и микроскопическом исследовании биоптатов плевры. К тому же у пожилых развитие заболевания может произойти за счет не только реактивации первичного очага, но и первичной экзогенной инфекции, склонной у них вовлекать в процесс внутренние органы. Наконец, трудно диагностируются милиарные и так называемые криптогенные формы туберкулеза, при которых туберкулиновые пробы обычно бывают отрицательными.

- **ВИЧ-инфекция**-вызываемая ретровирусом, который повреждает прежде всего лимфоциты, макрофаги, нервные клетки и эпителий кишечника, проявляется медленно прогрессирующим иммунодефицитом сначала без выраженных клинических признаков (бессимптомная стадия), но затем постепенно возникают лихорадка с общей слабостью и ночным потоотделением, лимфаденопатия, понос, головная боль. Затем развиваются тяжелые проявления СПИДа, присоединяется различная оппортунистическая инфекция (пневмонии, кандидоз, менингиты, герпетические инфекции, туберкулез), резко прогрессирует истощение.
- **Лекарственная лихорадка**-одна из форм аллергической реакции на многие лекарственные средства, сопровождается головной болью, болью в мышцах, ознобом. Ее вызывают многие антибактериальные препараты (антибиотики, салицилаты, сульфаниламиды), антигистаминные средства, барбитураты, некоторые сердечные средства (новокаинамид), реже - аллопуринол, каптоприл, гидралазин, метиндол, азатиоприн, изониазид, нитрофураны, ПАСК. Известна лихорадочная реакция при кокаиновой и амфетаминовой зависимости. Иногда лихорадка патогенетически связана с введением сывороток. Конечно, фактором риска лекарственной лихорадки являются полипрагмазия и аллергическая предрасположенность. Злокачественная гипертермия иногда развивается на введение ингаляционных анестезирующих средств (фторотан, циклопропан, галотан). Некоторые ученые считают, что к подобной гипертермической реакции имеется наследственная предрасположенность. Первыми признаками злокачественной гипертермии обычно бывают ригидность мышц, тахикардия и аритмия, ацидоз, гипотензия, цианоз кожных покровов. К поздним проявлениям синдрома относятся отек легких, ДВС и острая почечная недостаточность. Гипертермия - частый симптом злокачественного нейролептического синдрома у больных при приеме производных фенотиазина, бутирофенона, и тиоксантена. Наиболее часто злокачественный нейролептический синдром развивается при приеме галоперидола.

• **Лихорадка при инфекционных болезнях.** При инфекционных болезнях клинические варианты или типы лихорадок давно стали одним из спорных симптомов в дифференциальной диагностике. Для большинства из них характерен свой тип лихорадки, что оказывает существенную помощь в установлении клинического диагноза даже тогда, когда другие симптомы не выражены, а решающие лабораторные данные вызывают сомнение или отсутствуют.

С целью диагностики используют такой критерий, как интенсивность повышения температуры тела в начальном периоде болезни. При остром начале болезни, характерном для гриппа, менигококкового менингита, малярии, температура повышается внезапно в течение нескольких часов. При подостром начале заболевания разогревание организма достигает апогея в течение 2-3 сут. Это характерно для сыпного тифа, тифопаратифозных заболеваний, орнитоза, Ку-лихорадки. При постепенном начале болезни (например, при брюшном тифе, бруцеллезе, некоторых формах орнитоза и Ку-лихорадке) температура тела повышается до максимальных цифр к 5-7-м суткам.

При повышении температуры тела наблюдается преимущественное возбуждение симпатической нервной системы, а при ее снижении - парасимпатической. Отклонение в частоте пульса по отношению к температуре используют и в настоящее время в качестве вспомогательного диагностического признака. При нормальном их соответствии повышение температуры тела на 1°C сопровождается учащением пульса на 10-12 уд./мин (правило Либермейстера). При ряде инфекционных болезней (например, сыпном тифе) наблюдается относительная тахикардия (пульс «обгоняет» температуру), а при брюшном тифе, гриппе, крымской геморрагической лихорадке, геморрагической лихорадке с почечным синдромом, Ку-лихорадке, вирусном гепатите в период выраженной желтухи - относительная брадикардия. Причем при брюшном тифе и крымской геморрагической лихорадке брадикардия отличается постоянством, при гриппе она непостоянна (частота пульса меняется при изменении положения тела).

Правильная оценка типа лихорадки имеет большое значение для диагностики многих инфекционных болезней. Постоянный или послабляющий тип лихорадки характерен для большинства случаев различных тифов и тифоподобной кишечной инфекции: сальмонеллеза, включая его генерализованные и септические формы, иерсиниоза, а также сыпного тифа, Ку-лихорадки.

Перебегающая лихорадка типична для малярии: 1-дневный период апирексии наблюдается при 3-дневной малярии, а 2-дневная апирексия - при 4-дневной малярии. При тропической малярии может быть послабляющая, перебегающая лихорадка или она бывает атипичной. Аналогичные температурные кривые наблюдаются при инфекционном эндокардите, септическом тромбофлебите, желчно- и мочекаменной болезнях с явлениями обтурации. Истоющая лихорадка характерна для сепсиса, холангита и туберкулеза. В тяжелой и терминальной стадии последнего возможна извращенная лихорадка.

При длительной хронической лихорадке перечень болезней в дифференциальной диагностике необычайно широк. Помимо хронических форм инфекционных болезней (бруцеллез, орнитоз, токсоплазмоз) и паразитарных заболеваний (описторхоз, трихинеллез, висцеральный лейшманиоз), следует дифференцировать сепсис, туберкулез, диффузные болезни соединительной ткани (коллагенозы), лимфогранулематоз, опухоли, тиреотоксикоз, неспецифический язвенный колит.

После исключения общих инфекций и других заболеваний, при которых возможна лихорадка, диагностический поиск целесообразно направить на распознавание очаговой инфекции, как возможной причины лихорадки. Считают, что самой частой очаговой инфекцией при лихорадке неясного генеза является воспаление желчных путей. Далее следуют инфекции мочевыделительной системы (пиелонефрит, нефрит, пиелит, цистит), а также простатит, аднексит и др. Кстати, простатит может сопровождаться очень высокой лихорадкой, коллапсом, что нередко вводит в заблуждение даже опытных врачей. Очаговая кишечная инфекция иногда протекает с повышением температуры тела, но без клинических проявлений диареи (дивертикулит, хронический аппендицит, неспецифический язвенный колит, которые следует дифференцировать с болезнью Крона, лимфомой толстой кишки).

Следует помнить и о редких инфекционных и паразитарных болезнях, включая завозные, в частности лейшманиоз.

При наличии лихорадки, сочетающейся с высокой эозинофилией, часто трактуемой как аллергическая реакция неизвестного происхождения, следует иметь в виду прежде всего острую фазу описторхоза и трихинеллеза.

При лихорадке, возникшей (в пределах 3 нед.) после укуса клеща (укусы клещей безболезненны, находка их на теле может быть неожиданной), оправдан диагностический поиск боррелиоза Лайма. При нем часты поражения кожи в виде больших кольцевидных пятен с просветлением в центре, артралгия. При заболеваниях, возникших в период тесного общения с природой в соответствующих регионах, когда отмечаются укусы клещей, снятие их с одежды и тела, необходимо также иметь в виду начальный период крымской и омской геморрагической лихорадки, клещевой энцефалит, лихорадку Западного Нила, марсельскую лихорадку.

◆ Лихорадка при заболеваниях соединительной ткани

Лихорадка наблюдается практически в каждом случае острого ревматизма болезни Крона, системной красной волчанки, узелкового периартериита, ревматоидного артрита. Перечисленные болезни могут быть условно объединены в группу коллагенозов. Вторичная инфекция, присоединяясь к основной болезни, тоже может стать причиной длительной лихорадки. Приходится иметь также в виду, что при этой группе болезней особенно часто встречается лекарственная лихорадка. Предположение о связи лихорадки с болезнями, отнесенными к группе коллагенозов, может быть сделано только после исключения ее связи с применяющимися лекарствами.

Лихорадка нередко доминирует в клинике системной красной волчанки. Повышения температуры тела могут сопровождаться ознобами и проливными потами, но общая интоксикация выражена обычно нерезко. Больные оказываются способными вести связный рассказ о своей болезни даже во время высокой температуры. Лихорадка при системной красной волчанке полностью резистентна к антибиотикам и сульфаниламидным препаратам, но весьма чувствительна к жаропонижающим средствам и стероидным гормонам. Лихорадка при системной красной волчанке протекает, как правило, с лейкопенией. Содержание эозинофилов в крови часто оказывается нормальным.

Лихорадка при системной красной волчанке редко бывает изолированной. В большинстве случаев одновременно с лихорадкой появляются артралгии, эритема или пурпура. Высокая лихорадка постоянно отмечается при быстрой генерализации процесса с поражением суставов, лимфатических узлов, плевры, перикарда, почек. Острое течение системной красной волчанки наблюдается обычно у лиц молодого возраста и особенно часто у женщин.

Диагноз можно считать установленным, если во время как бы бессимптомной лихорадки у больного удается наблюдать характерные изменения кожи на носу и щеках, образующие в совокупности форму «бабочки», а также если в крови повторно обнаруживаются волчаночные клетки или антинуклеарный фактор в высоком титре. Характерная многосистемность поражения становится очевидной обычно только в более поздних стадиях болезни. Особенно большое диагностическое значение имеет поражение почек и лимфатических узлов. Биопсия этих органов может заметно облегчить и ускорить выявление причины затянувшейся лихорадки.

Лихорадка в начале системной красной волчанки во многом напоминает лихорадку при ревматоидном артрите, от которой ее часто приходится отличать. Ревматоидный артрит примерно в половине случаев начинается полиартритом и примерно в 1/3 части случаев — моноартритом.

В юношеском возрасте ревматоидный артрит в большей части случаев начинается лихорадкой, которая в течение довольно значительного времени может протекать без сопутствующего артрита (Вујак, 1973). Лихорадка в начале ревматоидного артрита (как и при системной красной волчанке) часто сочетается с артралгиями, кожными сыпями, которые наблюдаются только во время лихорадки. 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. Полициклическое течение юношеского ревматоидного артрита необходимо отличать от других коллагенозов и опухолей. Особенно труден дифференциальный диагноз с люпус-артритом. В отличие от системной красной волчанки для ревматоидного артрита характерна утренняя скованность больного.

Сравниваемые болезни заметно отличаются друг от друга по характеру кожных поражений. Системная красная волчанка протекает с кожными васкулитами, которые для ревматоидного артрита не характерны. Изменения кожи лица с образованием характерной «бабочки» встречаются только при системной красной волчанке. Значительную помощь в дифференциальном диагнозе оказывают данные биопсии почек. Характерная гистологическая картина люпус-нефрита с наличием «проволочных петель», фибриноида, гиалиновых тромбов и ядерной патологии встречается только при системной красной волчанке. Во время лихорадочного периода болезни в крови при системной красной волчанке часто отмечается лейкопения, а для ревматоидного артрита характерен нейтрофильный лейкоцитоз. К сожалению, перечисленные дифференциально-диагностические признаки удастся выявить не в каждом случае лихорадки.

Картина болезни при ревматоидном артрите может напоминать сепсис, начало артритической формы псориаза, бруцеллез. Истинную причину лихорадки помогают установить результаты определения ревматоидного фактора, который у большинства этих больных выявляется уже в ранних стадиях болезни. В крови и в синовиальной жидкости нередко обнаруживается сниженный уровень комплемента. Диагностическую помощь может оказать биопсия синовиальной ткани сустава.

Длительная лихорадка нередко возникает при узелковом периартериите, как «идиопатическом», так и лекарственном. 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. При лекарственных васкулитах, развившихся после применения пенициллина, цепорина, диуретиков, одновременно с лихорадкой появляются боли в животе. Многосистемное поражение при остром узелковом периартериите выявляется значительно раньше, чем при других коллагенозах, что необходимо иметь в виду при проведении дифференциального диагноза. Поражение почек имеет особенно большое значение. Артериальная гипертония у этих больных появляется обычно одновременно с мочевым синдромом. Ценным подспорьем для диагноза могут быть данные биопсии почек, подкожных узелков или мышц.

Болезнь Крона в 33—41% случаев протекает с лихорадкой. В неосложненных случаях болезни температура тела повышается обычно без озноба до 38° С и выше. Понижение температуры редко сопровождается потом. Kyle (1972) считает даже, что появление пота указывает скорее на туберкулез тонкой кишки, чем на болезнь Крона. От начала лихорадки до установления диагноза иногда проходит около года. В течение этого времени лихорадка часто не сопровождается сколько-нибудь заметными нарушениями функции других органов. Боли в животе встречаются значительно чаще лихорадки, но предположение о болезни Крона возникает обычно только после появления диареи.

Обсуждая причину болей в животе и лихорадки, необходимо учитывать возраст больного. В пожилом и старческом возрасте лихорадка с болями в животе чаще вызывается дивертикулитом или раком толстой кишки, чем болезнью Крона. Сопутствующая лихорадке диарея при болезни Крона всегда постоянна, а при дивертикулите и раке ободочной кишки наблюдается чередование диареи с запорами.

◆ Опухолевый субфебрилитет

Лихорадка всегда сопутствует опухоли на том или ином этапе ее развития. Во многих случаях она вызывается присоединившейся инфекцией. Примером этого может служить лихорадка при бронхогенном раке, которая нередко оказывается следствием пневмонии недостаточно вентилируемого участка легких. Лихорадка может возникать и под влиянием самой опухоли. Предложено две гипотезы возникновения лихорадки при опухолях. Одни авторы считают, что растущая опухоль выделяет пирогенные вещества, которые, воздействуя на центры терморегуляции, вызывают лихорадку. По мнению других, лихорадка возникает под влиянием некроза быстрорастущей опухоли.

После инфильтрации лейкоцитами некротизированных участков опухоли в них возникает воспалительная реакция, аналогичная воспалительной реакции, развивающейся в миокарде при инфаркте.

Лихорадка при опухолях может быть постоянной, послабляющей, перемежающейся. Изредка она сопровождается ознобами. Лихорадка встречается при любом типе опухоли, но с особым постоянством она наблюдается при злокачественных опухолях почек, печени и лимфоидной ткани.

Опухоли почек. Приблизительно 11—12% больных гипернефроидным раком впервые обращаются к врачу в связи с длительной и будто бы беспричинной лихорадкой. Н. А. Лопаткин (1972) отмечает, что лихорадка иногда бывает единственным симптомом заболевания. В подобных случаях одновременно с лихорадкой отмечается выраженное снижение аппетита, вследствие чего развивается быстрое исхудание больного, нарастание общей слабости.

Классической триадой гипернефромы считается сочетание гематурии с болями и прощупываемой опухолью. Лихорадка в подобных случаях появляется раньше прощупываемой опухоли, поэтому с практической точки зрения основной диагностической триадой следовало бы считать сочетание гематурии с болями в поясничной области и лихорадкой. Во многих случаях гипернефромы одновременно с лихорадкой отмечается гепатомегалия, спленомегалия и повышение концентрации щелочной фосфатазы в крови. По наблюдениям Walsh, Kissane (1968), увеличение печени и нарушение ее выделительной функции при гипернефроне не могут быть объяснены метастазами опухоли, так как нередко исчезают вскоре после ее оперативного удаления.

Несмотря на умеренную и даже высокую лихорадку, артериальное давление при гипернефроне часто оказывается повышенным. Сочетание лихорадки с артериальной гипертонией можно отнести к числу ранних проявлений гипернефромы и должно рассматриваться как основание для подробного урологического обследования больного.

Особенно большое внимание надо уделять расспросу больного о болевых ощущениях в животе и поясничной области. Боли эти часто весьма умеренные, и больной сообщает о них только после специального расспроса. Предположение о гипернефроне возникает только после появления макрогематурии, которая нередко возникает внезапно при общем вполне удовлетворительном состоянии. Спустя несколько дней гематурия прекращается. Несколько реже возникает микрогематурия.

Гипернефрома относится к числу рано метастазирующих опухолей. Своевременная диагностика ее может быть достигнута только в том случае, если полное урологическое обследование больного будет предприниматься в той стадии болезни, которая предшествует гематурии и пальпируемой опухоли. Приблизительно в 12% случаев лихорадка оказывается одним из самых ранних признаков гипернефромы и после исключения других ее возможных причин должна служить основанием не только для экскреторной урографии, но и для почечной ангиографии или почечной венографии.

Необходимость рекомендовать селективную ангиографию связана с тем, что лихорадкой проявляются опухоли только незначительных размеров, которые могут быть обнаружены применением только этого метода.

Опухоли печени часто сопровождаются длительной лихорадкой, которая вызывается либо присоединившейся инфекцией, либо ростом самой опухоли. Нетрудно угадать причину лихорадки у больного с гепатомегалией, кахексией, желтухой и асцитом. Значительно труднее выяснить причину лихорадки, когда она является единственным признаком злокачественной опухоли печени. По данным Klatzkin, метастазы злокачественной опухоли в печень в 7% случаев проявлялись только лихорадкой.

В последние 10—15 лет стали применяться новые методы исследования печени, которые позволяют без вреда для здоровья больного выявить даже незначительные по величине опухоли печени. Изотопное сканирование выявляет опухоли и другие образования печени диаметром свыше 2 см. Селективная ангиография позволяет обнаружить опухоли печени диаметром 1 см. К числу менее точных, но все же оправдавших себя диагностических методов относится пункционная биопсия печени. Локализация опухоли может быть достигнута применением изотопного сканирования или печеночной ангиографии. Последующая чрескожная биопсия в указанном месте иногда позволяет определить характер опухоли, а следовательно, выяснить и причину длительной лихорадки.

Длительная лихорадка вызывается иногда небольшой опухолью желчных путей, для выявления которой рекомендуется прибегать к холецистографии и восходящей холангиографии, выполняемой во время панэндоскопии. Большую помощь в выявлении опухоли брюшной полости оказывает также метод лапароскопии, особенно если он сочетается с прицельной биопсией, холецистографией и холангиографией.

Лимфогранулематоз, лимфосаркома. Лимфогранулематоз особенно часто протекает с лихорадкой, причина которой может длительное время оставаться неясной. 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. Размеры их резко варьируют у разных больных. Чаще всего отмечается увеличение паратрахеальных узлов справа. Значительно реже встречается увеличение лимфатических узлов корней легких и узлов, расположенных в местах бифуркации мелких бронхов. Незначительное увеличение их удается выявить только на томограммах. Брыжеечные, кишечные и забрюшинные лимфатические узлы нередко поражаются при гематосаркомах; при лимфогранулематозе они поражаются очень редко. Долгие годы о величине этих узлов судили по результатам пальпации. О вовлечении в процесс этих узлов судят также по наличию отека поясничной области. Позднее об их величине стали судить по данным каваграфии и урографии.

Эти методы позволяют обнаружить только значительное увеличение лимфатических узлов, ибо только резко увеличенные узлы могут вызвать характерные отклонения мочеточников и нижней полой вены. Величина и расположение забрюшинных лимфатических узлов в настоящее время легко определяются методом изотопной лимфангиографии.

Лимфогранулематоз и гематосаркома тонкой и ободочной кишок диагностируются обычно в поздних стадиях болезни. Первичное поражение желудка, кишечника встречается очень редко. По данным М. А. Виноградовой с соавт. (1976), лихорадка в этих случаях, как правило, сочетается с диареей и кахексией и только в редких случаях может быть отнесена к числу лихорадок неизвестной этиологии. Труднее выявить причину лихорадки при первичной локализации болезни в стенке мочевого пузыря, в пищеводе, в стенке желудка или червеобразного отростка.

Большинство больных лимфогранулематозом обращаются к врачу по поводу увеличения лимфатических узлов на шее, в подмышечных областях или в животе. Примерно у 1/3 этих больных наблюдается лихорадка, причина которой становится очевидной после биопсии увеличенного узла. Диагностическая трудность возникает в случае вовлечения в процесс лимфатических узлов, недоступных пальпации, т. е. узлов, расположенных в брюшной полости, ретроперитонеально, в малом тазу, в легких и в средостении. Лихорадка в подобных случаях вначале объясняется интеркуррентными заболеваниями. Систематическое диагностическое исследование начинается только после того, когда становится очевидной несостоятельность первоначального диагноза.

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° С, после которых наступает профузное потоотделение. К утру температура тела может понизиться до нормы. Иногда одновременно с лихорадкой отмечается кожный зуд. После приема алкоголя у 2—5% больных лимфогранулематозом появляются боли в увеличенных лимфатических узлах. Боли начинаются через несколько минут после приема алкоголя, продолжаются от нескольких минут до часа и могут закончиться рвотой. Тошнота и рвота могут быть эквивалентами боли. В более поздних стадиях болезни появляется увеличение печени и селезенки, что заметно облегчает диагноз.

❖ **Лихорадка неинфекционного генеза**

Периодическая болезнь - заболевание неясной этиологии. Чаще встречается у лиц средиземноморского происхождения. Проявления болезни: кратковременная и рецидивирующая лихорадка с болью в животе и признаками перитонита. Реже отмечаются боль в груди (плеврит) и крупных суставах, эритема на голенях и стопах, сходная с таковой при роже. Обычно приступ продолжается 1-2 дня, течение рецидивирующее. Во время приступа часто повышаются СОЭ, лейкоцитоз, уровень С-реактивного белка и сывороточного фибриногена. Самочувствие между приступами вполне удовлетворительное. С большими диагностическими трудностями врач сталкивается при нейрогенной гипертермии, которая часто и длительно протекает как лихорадка неясного происхождения. Прежде всего, эта гипертермия связана с психовегетативным расстройством и нарушением центральных механизмов терморегуляции. Лихорадка при этом может быть самой разнообразной: длительно протекать бессимптомно или быть не только ярко психоэмоционально окрашенной, но и сопровождаться такими клиническими проявлениями, как повышенная потливость, озноб, боль в сердце, затруднение дыхания (удушьё), извращение суточного физиологического колебания температуры тела (утренняя температура тела выше вечерней), несоответствие между температурой тела и ЧСС и др., которые, внезапно возникнув, также внезапно могут исчезать. При тщательном клиническом и лабораторно-инструментальном исследовании лиц с нейрогенной гипертермией патологических изменений во внутренних органах, с которыми можно было бы связать гипертермию, обычно не обнаруживается. Но психоэмоциональные изменения, порой достаточно выраженные, выявляются часто.

❖ Диагностика

В данном случае следует распознать заболевание, проявляющееся повышением температуры в виде моносимптома либо в сочетании с другой клинической симптоматикой. Важно уточнить особенности лихорадки, тип температурной кривой. По выраженности повышения температуры тела выделяют субфебрилитет ($37,1 — 37,9$ °C), умеренную ($38 — 39$ °C), высокую ($40,0 — 40,9$ °C) лихорадку и гиперпирексию (41 °C и выше). Учитывая патогенез повышения температуры тела, субфебрилитет также следует рассматривать как лихорадку. Кроме того, следует различать острое, постепенное и постепенно нарастающее начало лихорадки, которая может иметь постоянный, ремиттирующий, гектический и другой характер температурной кривой.

Диагностика должна основываться на данных тщательно собранного анамнеза, правильной оценки клинических проявлений, объективного осмотра заболевшего и результатов рутинного лабораторного исследования (клинический анализ крови с подсчетом количества ретикулоцитов и тромбоцитов, мочи и ряда биохимических показателей).

При установлении возможной причины лихорадки помогают сведения об имеющихся у больного хронических заболеваниях бронхолегочной (хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)), мочеполовой (хронический пиелонефрит, простатит) и желчевыводящей (хронический, чаще калькулезный холецистит) систем. Появление лихорадки у данной категории больных вероятнее всего обусловлено бактериальной инфекцией вследствие обострения процесса. Высока вероятность бактериальной инфекции у больных, страдающих сахарным диабетом, хроническим лимфолейкозом, а также у больных, длительно получающих кортикостероиды, иммунодепрессанты.

При объективном осмотре пациентов необходимо обратить внимание на состояние кожи и видимых слизистых оболочек, провести пальпацию и оценить характер доступных пальпации периферических лимфатических узлов, определить размеры и состояние печени и селезенки, провести внимательную аускультацию сердца и легких.

Наличие лихорадки часто сопровождается неспецифическими изменениями ряда биохимических показателей (появлением белков острой фазы), гемограммы (лейкопенией, лейкоцитозом, палочкоядерным сдвигом влево, увеличением скорости оседания эритроцитов. При лихорадке, особенно умеренной и высокой, возможно транзиторное появление в моче белка и цилиндров, что объясняется ее непосредственным повреждающим действием на почечную паренхиму.

❖ Дифференциальная диагностика

Несомненную помощь в своевременном распознавании заболевания у многих больных с лихорадкой могут оказать дополнительные клинические симптомы, лабораторные признаки и рентгеноторакальные синдромы:

- кожные проявления (эритемы, розеола, папулы, геморрагии и др.);
- лимфаденопатия (локальное или диффузное увеличение периферических узлов);
- респираторные симптомы (кашель, отделение мокроты, одышка, аускультативные признаки);
- симптомы со стороны ЛОР-органов (выделения из носа, ушей, изменения в зеве);
- кишечные симптомы (диарея, кровь и слизь в кале);
- суставной синдром (артралгия, артриты);
- увеличение печени и/или селезенки;
- кардиальные симптомы (нарушения ритма сердца, сердечная недостаточность, аускультативные данные);
- неврологические симптомы (менингеальные знаки, очаговая и общемозговая симптоматика);
- гематологические симптомы (анемия, ретикулоцитоз, лейко- и нейтропения, лимфоцитоз);
- мочевого синдром (лейкоцитурия, гематурия, протеинурия);
- рентгеноторакальные синдромы (легочный инфильтрат, плевральный выпот, внутригрудная лимфаденопатия).

Обследование больного необходимо начать с выявления синдрома интоксикации (при его отсутствии — симуляцию), который включает слабость, потливость, головную боль, отсутствие аппетита, жажду, бледность кожных покровов, обложенный язык, тахикардию, снижение артериального давления (АД) (иногда умеренное повышение), миалгии.

Диагностический поиск причины лихорадки строится на выявлении:

- катаральных симптомов (слезотечение, ринит, гиперемия слизистой оболочки глотки, кашель, осиплость голоса);
- сыпи (срока ее появления, особенностей, локализации);
- болей в горле;
- увеличении миндалин;
- увеличении лимфатических узлов, печени, селезенки.

Катаральные симптомы. Преобладают в клинической картине.

При выраженном рините можно поставить диагноз «риновирус- ная инфекция»; кашель, осиплость голоса свидетельствуют о парагриппе. Если все симптомы достаточно выражены, можно остановиться на диагнозе «острая респираторная вирусная инфекция» (ОРВИ).

При наличии кашля следует уточнить состояние трахеи, бронхов, легких. Чувство саднения за грудиной при отсутствии признаков патологии бронхолегочной системы свидетельствует об остром трахеите. При жестком дыхании, сухих рассеянных или влажных разнотональных хрипах правомочно поставить предварительный диагноз «острый бронхит» (для его уточнения проводят исследования, указанные в гл. 3). Если обнаружены локальные изменения в легких (очаговое изменение характера дыхания (ослабленное), влажные хрипы), необходимо исключить диагноз «пневмония», для чего в первую очередь назначают анализ крови и рентгенологическое исследование грудной клетки. Если преобладает синдром интоксикации, а катаральные симптомы выражены слабо или отсутствуют, ставят предварительный диагноз «грипп».

Однако указанные выше симптомы могут быть проявлением и других заболеваний, поэтому врач должен повторно посетить больного, не ограничиваясь пятидневным интервалом в наблюдении.

Сыпь. Крайне важно учитывать сроки ее появления, характер, локализацию, возникновение зуда, размеры печени, селезенки, наличие лимфаденопатии и выраженность симптомов интоксикации.

Если сыпь выявлена на первый-второй день, необходимо исключить ряд заболеваний.

На скарлатину указывает наличие мелкоточечной сыпи на фоне гиперемии с исходом в пластинчатое шелушение, которая локализуется на сгибательной поверхности конечностей, бедренном треугольнике. Помогает в диагностике наличие ангины.

При ветряной оспе сыпь сначала появляется на волосистой части головы, лица, груди, спины. По характеру она бывает макулопа- пулезной, затем везикулопустулезной, а может и сочетаться. В диагностике помогает наличие зуда.

При краснухе сыпь локализуется на лице, шее, спине, ягодицах, разгибательных поверхностях конечностей. По характеру она может быть мелкоточечной или в виде небольших слегка возвышающихся элементов эритемы. Помогает в диагностике распространенная лимфоаденопатия.

Если сыпь выявлена на второй день с подсыпаниями до шестого дня, возможна корь (сыпь по характеру пятнисто-папулезная, слегка возвышающаяся, локализуемая на лице, груди, туловище, конечностях). На слизистой оболочке щек в первые дни появляются пятна Филатова—Бельского — Коплика. Помогают в постановке диагноза выраженный конъюнктивит, катаральные проявления.

Сыпь, выявленная на пятый день, может означать наличие сыпного тифа. В этом случае сыпь по характеру розеолезная, быстро переходящая в петехиальную. Характер подсыпаний пестрый, в виде «звездного неба». Сыпь вначале появляется на боковых поверхностях туловища, затем на сгибательных поверхностях конечностей, редко на лице. Помогают в постановке диагноза выраженная интоксикация, гиперемия лица, красные («кроличьи») глаза, увеличенная селезенка. При лабораторной диагностике проводят реакцию Бейля — Феликса.

Если сыпь выявлена на восьмой-девятый день, возможен брюшной тиф/паратиф. В этом случае сыпь по характеру скудная, моно- морфная, розеолезная. В первую очередь она появляется на животе, груди. Помогают в постановке диагноза постепенное повышение температуры тела до высокой, выраженный интоксикационный синдром с интенсивной головной болью, бледность, брадикардия, ярко-красный по краям язык, утолщенный с налетом, увеличенные печень и селезенка. Из лабораторных методов диагностики проводят посев кала на тифопаратифозную группу, гемокультуру, со второй недели — реакцию Видаля.

Сыпь разнообразного характера и без четких временных параметров (особенно типа крапивницы, сопровождающаяся зудом) при приеме каких-либо медикаментов, возможно, свидетельствует о проявлении лекарственной болезни. Помогают в диагностике появление элементов сыпи на фоне приема лекарств или пищевых добавок, эозинофилия крови, увеличение иммуноглобулинов класса E.

Боль в горле. Если при глотании выявлена боль в горле и при этом обнаружены изменения миндалин, то в соответствии с этими изменениями проводят исследование на бациллу Леффлера (мазок из носа и слизистой зева), клинический анализ крови, анализ мочи.

Миндалины. Если миндалины увеличены, гиперемированы, налет отсутствует, предварительным диагнозом может быть катаральная ангина. Необходимо наблюдать за пациентом в течение нескольких дней, так как это может быть стадией фолликулярной или лакунарной ангины. Увеличенные, гиперемированные миндалины с серо-белыми пятнышками на поверхности (набухшие фолликулы) свидетельствуют о предварительном диагнозе «фолликулярная ангина».

При сочетании боли в горле с отечностью и гиперемией задней стенки глотки, выявлении характерной «зернистости» слизистой оболочки задней стенки глотки ставится предварительный диагноз «аденовирусная инфекция». Об этом также свидетельствует увеличение регионарных лимфатических узлов.

Если миндалины увеличены, гиперемированы, в лакунах налеты, легко снимающиеся шпателем, ставят предварительный диагноз «лакунарная ангина».

Предварительный диагноз «дифтерия» вероятен при появлении на измененных миндалинах беловатых налетов, распространяющихся на язычок, заднюю стенку глотки, сладковатого запаха изо рта. Налеты трудно соскабливаются, а после их удаления поверхность кровоточит. Подтверждением будет положительный ответ при обнаружении возбудителя в мазке.

Если на измененных миндалинах в лакунах есть налеты, легко снимающиеся на первый-второй день, и имеется сыпь, возможен диагноз «скарлатина». Об этом свидетельствуют энантема, бледность вокруг рта, исчезновение сыпи при надавливании шпателем, опухший ярко-красный язык, эволюция сыпи с шелушением на второй неделе.

Диагноз «инфекционный мононуклеоз» не исключен при увеличенных миндалинах с желтоватым налетом на фоне увеличенных болезненных шейных и затылочных лимфатических узлов (возможно увеличение и других групп лимфатических узлов). Подтверждением диагноза может быть лейкоцитоз с преобладанием широкоплазменных мононуклеарных элементов, с конца первой недели положительная реакция Пауля — Буннеля.

Лимфатические узлы. При осмотре лихорадящего больного уже в первые дни заболевания необходимо исследовать состояние лимфатических узлов, которое нередко может иметь диагностическое и дифференциально-диагностическое значение. При этом следует учитывать, что лимфатические узлы могут изменяться как при инфекционных, так и неинфекционных заболеваниях, быть одиночными или множественными, различных размеров, плотности, болезненности, подвижными и неподвижными и т. д. При выявлении лимфаденопатии важно решить, является ли она регионарной или генерализованной, воспалительной природы или нет. При реактивно-воспалительном процессе увеличенные лимфатические узлы при пальпации болезненные, отмечается местная гиперемия кожи. В этих случаях необходим поиск входных ворот инфекции: они могут быть явными при наличии инфицированной раны, рожистого воспаления, тромбоза и т. д.).

Если признаки основного заболевания отсутствуют, следует искать очаговую инфекцию, чаще в полости рта (гингивит, стоматит, кариес зубов, хронический тонзиллит). При наличии следа от кошачьей царапины (или пустулы, папулы в области раны) правомерно поставить диагноз «болезнь кошачьих царапин» (доброкачественный лим-форетикулез).

Имеет значение локализация регионарного увеличения лимфатических узлов: их болезненное увеличение под углом нижней челюсти свидетельствует о воспалительном процессе в зеве; позади ушной раковины и затылочных узлов — об инфекции головы (необходим осмотр кожи головы); в подмышечной области — воспалительном процессе в верхних конечностях; в паховой облас-

ти — половых органов, нижних конечностей. У большинства людей хорошо пальпируются разных размеров безболезненные увеличенные лимфатические узлы паховой области (они являются реакцией на частые воспалительные процессы в области половых органов: баланит, вагинит

При выявлении болезненного увеличения (одно- или двустороннего) паховых лимфатических узлов следует обязательно исследовать реакцию Вассермана и направить пациента к венерологу. Увеличенные лимфатические узлы передней шейной группы могут указывать на инфекцию в области миндалин. В этом случае больного следует направить к стоматологу, так как возможны кариес, гранулемы зубов. Регионарно увеличенные лимфатические узлы без признаков воспалительной реакции могут свидетельствовать о наличии метастазов рака. При этом узлы плотные, безболезненные, часто спаяны с окружающими тканями. Необходимо найти первичную опухоль (например, выявление вирховского метастаза в надключичную область слева свидетельствует о раке желудка), выявить интоксикационный синдром.

С появления одиночных или множественных узлов, размеры которых превышают нормальные и консистенция которых изменена, могут начинаться системные лимфопролиферативные заболевания (гемобласты). Такие лимфатические узлы также могут быть реакцией на ВИЧ, поэтому необходимо исследовать кровь. Генерализованная лимфаденопатия является одним из ранних клинических признаков СПИДа. Другие поражения органов появляются значительно позднее. Приведем характеристику лимфаденопатии, которую наблюдают при многих острых инфекционных заболеваниях в практической деятельности участкового терапевта.

- Инфекционный мононуклеоз — генерализованная лимфаденопатия. Увеличиваются все группы лимфатических узлов, доступных для пальпации. Они становятся эластической консистенции, чувствительными или болезненными при пальпации. Степень увеличения отдельных групп лимфатических узлов неодинакова, наиболее часто увеличены шейные и подмышечные.
- Корь — генерализованная лимфаденопатия. В большей степени увеличены шейные, затылочные, подмышечные лимфатические узлы
- Краснуха — генерализованная лимфаденопатия. Преимущественное увеличение задних шейных и затылочных лимфатических узлов.
- Аденовирусные и парагриппозные острые респираторные заболевания — генерализованная лимфаденопатия (более чем у половины больных). Умеренно выраженное увеличение лимфатических узлов, преимущественно подчелюстных, заднешейных, затылочных.
- ОРВИ, вызванные респираторно-синцитиальными вирусами, — лимфаденопатия наблюдается значительно реже.
- Брюшной тиф, паратифы — генерализованная лимфаденопатия с вовлечением в процесс всех групп периферических лимфатических узлов, включая внутрибрюшные.
- Бруцеллез (острый период) — генерализованная лимфаденопатия. Увеличены все группы лимфатических узлов (кроме внутрибрюшных), они мягкие, эластической консистенции, болезненны или чувствительны при пальпации.

Выявление нейтрофильного лейкоцитоза, палочкоядерного сдвига, токсической зернистости лейкоцитов, повышения СОЭ в сочетании с биохимическими показателями (острофазовой реакцией воспаления — С-реактивный белок, повышением α -фракции) свидетельствует о наличии очаговой или генерализованной инфекций.

Для ранней диагностики имеет значение характер температурной кривой. В случае постоянной лихорадки (температура поднимается до 39 — 40 °С) следует помнить о том, что подъем температуры до этого уровня:

- в течение нескольких часов характерен для начала крупозной пневмонии, менингококкемии, возвратного тифа, рожистого воспаления;
- в течение суток характерен для сыпного тифа, гриппа, кори и краснухи;
- в течение нескольких дней — для брюшного тифа.

Программа обследования пациента включает оценку состояния кожных покровов, органов дыхания. Дальнейшую тактику лечения определяют в соответствии с выявленными признаками.

Если у больного ремиттирующая послабляющая (колебания до 2°C), интермиттирующая перемежающаяся (колебания более 2°C со снижением до нормы), гектическая истощающая (колебания более 3°C) лихорадка, то это может свидетельствовать о наличии следующих заболеваний: малярия и возвратный тиф; сепсис, острый милиарный туберкулез; очаговая инфекция с септическими проявлениями.

При выявлении правильных чередований температурных волн проводят исследование толстой капли. Обнаруженные плазмодии малярии свидетельствуют о малярии, спирохеты Обермейера — о возвратном тифе. Облегчает постановку диагноза указание в анамнезе на то, что пациент ездил в неблагополучные по малярии места. Однако следует помнить, что малярией можно заболеть, не покидая постоянного места жительства.

Клинические признаки сепсиса достаточно отчетливы: это ознобы, проливные поты, увеличение селезенки, особенно при наличии гектической температуры. Не всегда ясно, что явилось входными воротами инфекции. Облегчает диагностику наличие в анамнезе хирургических вмешательств, гинекологической патологии (в том числе абортов), урологических манипуляций, клапанного протеза.

При выраженной интоксикации и уменьшении или прекращении выделения мочи предполагают наличие апостематозного нефрита, абсцесса или карбункула почки, паранефрита. О данном диагнозе свидетельствует болезненность при глубокой пальпации в подреберье, костoverтебральном угле. На наличие паранефрита указывает выявление псоас-симптома. В этом случае показана срочная госпитализация в урологическое отделение.

Облегчают диагностику локальные изменения в сочетании с признаками инфекционного процесса по данным анализа крови (лейкоцитозом, палочкоядерным сдвигом, токсической зернистостью нейтрофилов, высокой СОЭ).

Если в анамнезе есть указания на желчнокаменную болезнь, оперативное вмешательство на органах брюшной полости (острый холецистит, аппендицит), то можно предположить, что у пациента холангит, поддиафрагмальный абсцесс печени. Об этом свидетельствуют появление болей в правом подреберье, увеличение печени, появление желтухи интермиттирующего типа, высокое стояние диафрагмы справа и ее ограниченная подвижность. Больного госпитализируют. При появлении лейкоцитурии особенно при наличии болей в поясничной области с положительным симптомом поколачивания, напряжением мышц на пораженной стороне больного продолжают обследовать для подтверждения диагноза «острый пиелонефрит» или «обострение хронического пиелонефрита».

При наличии в анамнезе заболеваний легких, появлении лихорадочного синдрома после охлаждения, особенно если в анамнезе отмечались эпизоды выделения гнойной мокроты, следует искать бронхоэктазы, осложнившиеся нагноением.

Если больной страдает митральным пороком сердца с нарушением сердечного ритма или тромбозом глубоких вен, то лихорадочный синдром может быть проявлением тромбоза в мелкие ветви легочной артерии (особенно при длительном постельном режиме). Появление лихорадочного синдрома разной степени выраженности, но с ознобами или познабливаниями указывает на развитие инфекционного эндокардита, особенно если ознобы возникают после перенесенных очаговых инфекций, оперативных вмешательств, инструментальных исследований, стоматологических манипуляций. Указывают на это признаки васкулита, снижение гемоглобина, стойкое повышение СОЭ, увеличение селезенки. Необходимо госпитализировать больного в стационар.

Лихорадочное состояние с разным уровнем подъема температуры может протекать без явных клинических признаков очаговой инфекции, что значительно затрудняет постановку диагноза. В таких случаях следует направить больного на консультацию к стоматологу для выявления одонтогенной инфекции, ЛОР-врачу для исключения хронического тонзиллита, отита. Чтобы выявить или исключить генитальную патологию (хронический сальпингоофорит, опухолевые процессы), нужна консультация гинеколога.

Гектическая температура, если диагноз «сепсис» исключен, может свидетельствовать о развитии диссеминированного туберкулеза легких, поэтому следует провести рентгенографическое исследование легких.


При проведении дифференциальной диагностики инфекционных заболеваний и отграничении их от неинфекционных результаты лабораторных исследований, в частности гемограммы, надо использовать только с учетом клинико-лабораторных и объективных данных. Большое значение имеет определение количества лейкоцитов и характер изменений лейкоцитарной формулы. Почти все бактериальные инфекции протекают с нейтрофильным лейкоцитозом. Его отсутствие при этих заболеваниях наблюдается либо при легких формах инфекционного процесса, либо при очень тяжелом течении. Необходимо учитывать, что нейтрофильный лейкоцитоз не наблюдается при вирусных заболеваниях, малярии, многих формах туберкулеза.

Многие вирусные заболевания (корь, краснуха, ветряная оспа и др.), а также брюшной тиф, паратифы, бруцеллез протекают с лейкопенией.

Большое дифференциально-диагностическое значение имеет выявление токсических изменений в нейтрофилах, которые характерны для тяжело протекающих бактериальных инфекций. Они отсутствуют или степень их выраженности незначительная при вирусных инфекциях, бруцеллезе, туберкулезе.

Диагностическое значение имеет характеристика СОЭ. Ее повышение характерно для бактериальных инфекций (обычно на второй-третий день заболевания).

Больных, у которых лихорадка сохраняется более 2 нед, несмотря на проводимое лечение (чаще антибактериальное), при не установленном диагнозе необходимо госпитализировать. Обычно их направляют в диагностически-разборочные отделения инфекционных больниц. Лечение, экспертиза трудоспособности, диспансеризация и профилактика зависят от выявленного заболевания.

- 
- ❖ Поликлиническая терапия под редакцией профессора Б.Я.БАРТА Москва 2005
 - ❖ Козловский И.В. Поликлиническая работа врача терапевта. Мн. Высш. Школа. 2004г.
 - ❖ Поликлиническая терапия: учебник для студентов высших учебных заведений / Б.Я. Барт [и др.]; под общ. ред. Б.Я. Барта. – М. Издательский центр "Академия", 2005. – 544
 - ❖ статья о лихорадке- <http://life-prog.ru>
 - ❖ мед.справочник - <http://medical.odaily.info>
 - ❖ Медицинская энциклопедия- <http://medkarta.com>