

Г.В. Дзяк, академик НАМН Украины, д.м.н., профессор, А.М. Василенко, д.м.н., профессор, В.А. Потапашний, д.м.н., профессор, В.А. Василенко, к.м.н., доцент, ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Лихорадка неясного генеза. Принципы диагностического поиска

Продолжение. Начало в № 2 (351).

В большинстве случаев причинами госпитальной лихорадки являются пневмония (70%), абдоминальная уроинфекция (20%) и раневая, ангиогенная инфекция (10%).

Наиболее частые возбудители:

- стафилококк эпидермальный, золотистый;
- грамотрицательные кишечные бактерии;
- синегнойная палочка;
- клостридии;
- туберкулезная палочка.

Туберкулез

Наиболее частые формы туберкулеза, сопровождающиеся ЛНГ:

- милиарный туберкулез легких;
- диссеминированные формы с наличием различных внелегочных осложнений (специфическое поражение периферических и мезентериальных лимфатических узлов, серозных оболочек (перитонит, плеврит, перикардит), а также туберкулез печени, селезенки, урогенитального тракта, позвоночника).

Nota bene! Рентгенологические исследования не всегда дают возможность выявить милиарный туберкулез легких. Проведение туберкулиновых проб позволяет оценить лишь состояние клеточного иммунитета; они могут быть отрицательными у больных со сниженной защитной функцией (у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, пациентов пожилого возраста и больных, получающих глюкокортикоидную терапию).

При подозрении на наличие туберкулеза необходимы микробиологическая верификация, тщательное исследование различных биологических материалов (мокроты по методике DOTS, бронхоальвеолярной жидкости, полостных экссудатов и др.), а также промывание желудка.

Одним из наиболее достоверных методов идентификации микобактерий является полимеразная цепная реакция — данный метод обладает 100% специфичностью.

При подозрении на диссеминированные формы туберкулеза рекомендуется проведение офтальмоскопии для выявления туберкулезного хориоретинита.

Ключевыми в определении направления диагностического поиска могут быть выявление в селезенке кальцинатов; морфологические изменения органов и тканей (лимфатические узлы печени и др.). Оправданным подходом в случае обоснованного подозрения на туберкулез считают пробное лечение туберкулостатическими препаратами. Не следует использовать аминогликозиды, рифампицин и фторхинолоны. При неясности диагноза и подозрении на туберкулез больным с ЛНГ не рекомендуется назначать глюкокортикоиды из-за опасности генерализации специфического процесса и высокого риска его прогрессирования.

Абсцессы

Основными причинами лихорадки в хирургической практике признаны абсцессы брюшной полости и таза (поддиафрагмальный, подпеченочный, внутрипеченочный, межкишечный, внутрикишечный, tuboovarialный, паранефральный).

Note bene! Поддиафрагмальный абсцесс может развиваться у больного через 3-6 мес после оперативного вмешательства в брюшной полости.

При подозрении на поддиафрагмальный абсцесс следует обращать внимание на высокое стояние купола диафрагмы, а также на возможность возникновения плеврального выпота. Наличие плеврального выпота

не должно направлять диагностический поиск по ложному пути исключения легочной патологии.

Печеночные абсцессы

Печеночные абсцессы чаще возникают у больных пожилого возраста с инфекционной патологией билиарного тракта. Этиологическую роль имеют аэробная грамотрицательная флора, анаэробные бактерии и энтерококки, в частности клостридии. Характерные признаки печеночного абсцесса — лихорадка, озноб и неспецифические желудочно-кишечные симптомы.

Патология ЖКТ и гепатобилиарной системы

Наличие симптомов внутрипеченочного холестаза, расширения внутрипеченочных желчных протоков (по данным УЗИ органов брюшной полости) дает основания диагностировать холангиты. У отдельных пациентов с холангитом лихорадка имеет циклический характер, напоминающий лихорадку при малярии. Наблюдается умеренно выраженный диспепсический синдром. Лабораторно могут определяться признаки внутрипеченочного холестаза.

Апостематозный нефрит следует заподозрить у больного с лихорадкой, мочевым синдромом низкой интенсивности, выраженной интоксикацией, увеличением размера почки, ограничением ее подвижности, болезненностью при пальпации в боку.

Основные факторы риска развития гнойных процессов в брюшной полости:

- оперативные вмешательства;
- травмы (ушибы) живота;
- заболевания кишечника (дивертикулез, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона);
- заболевания желчевыводящих путей (холелитиаз и др.);
- тяжелые фоновые заболевания (сахарный диабет, хроническая алкогольная интоксикация, цирроз печени) или терапевтические режимы (лечение глюкокортикоидами), сопровождающиеся развитием иммунодефицита.

С целью своевременной диагностики гнойно-воспалительных процессов, локализующихся в брюшной полости, необходимо проведение повторного УЗИ (даже при отсутствии местной симптоматики), компьютерной томографии, лапароскопии, диагностической лапаротомии.

Диагностика бактериальных инфекционных заболеваний (сальмонеллеза, иерсиниоза, бруцеллеза, рожистого воспаления), вирусных инфекций (гепатитов В и С, цитомегаловируса, вируса Эпштейна-Барр) базируется на микробиологических и серологических методах исследования.

Бактериальная инфекция может локализоваться в чашечно-лоханочной системе почек при минимальных изменениях в моче.

Также наблюдались случаи холангита, холестиохопангиогепатита, при которых лихорадка была основным или единственным симптомом в дебюте заболевания.

Остеомиелит

Клиническая симптоматика остеомиелита чрезвычайно вариабельна — от незначительного дискомфорта при нагрузках, движениях до интенсивного болевого синдрома, существенно ограничивающего двигательную функцию. Травмы скелета в анамнезе позволяют предположить наличие остеомиелита. Следует также учитывать характер профессиональной деятельности пациентов, которая может быть связана с повышенным риском травм. При подозрении на наличие остеомиелита обязательны рентгенологическое исследование соответствующих участков

скелета и компьютерная томография, желательна магнитно-резонансная томография. Отрицательный результат рентгенологического исследования не всегда исключает остеомиелит.

Дивертикулит

Дивертикулит может быть обусловлен аэробными и анаэробными кишечными бактериями. Основные клинические проявления — дискомфорт или боль в левом нижнем квадранте живота. Лихорадка сочетается с интоксикацией, лейкоцитозом и часто — гипохромной анемией. Боль развивается постепенно, тупого характера, может быть постоянной или периодической, напоминать кишечную колику. Часто отмечаются запоры. При осмотре определяется болезненность по ходу инфильтрированной утолщенной стенки толстой кишки. Необходимо исключить опухоль толстого кишечника, тромбоз мезентериальных артерий, а также гинекологическую патологию.

Инфекционный мононуклеоз

Инфекционный мононуклеоз может протекать атипично и иметь затяжное течение при отсутствии измененных лимфоцитов и лимфаденопатии. Увеличение шейных лимфоузлов и размеров печени и селезенки кратковременное, часто не диагностируется семейным врачом. При подозрении на инфекционный мононуклеоз необходимо проведение в ранние сроки полимеразной цепной реакции для определения антител к вирусу Эпштейна-Барр.

Нейтропеническая лихорадка

Интенсивная химиотерапия, применяющаяся с целью лечения онкопатологии, ассоциируется с увеличением токсичности (прежде всего гематологической). Одними из наиболее тяжелых проявлений последней считаются нейтропения и связанные с ней инфекционные осложнения. Инфекции, возникшие на фоне нейтропении, характеризуются рядом особенностей, в частности, быстро прогрессируют и в короткие сроки могут приводить к летальным исходам. В случае нейтропении не всегда обнаруживается тканевой очаг инфекции. Часто единственным признаком инфекционного процесса является ЛНГ. В 80% случаев лихорадку у больных с нейтропенией провоцирует инфекция, в 20% случаев гипертермия имеет неинфекционное происхождение (распад опухолей, аллергические реакции, внутривенные введения препаратов крови и др.). Нейтропеническая лихорадка — это гипертермия у пациентов с нейтропенией. Нейтропению диагностируют, когда количество нейтрофилов $<0,5 \times 10^9/\text{л}$; часто это обусловлено проведением химио- или лучевой терапии. Определяющим фактором развития инфекционных осложнений является как уровень, так и длительность нейтропении. Наиболее частыми бактериальными патогенами у пациентов с нейтропенией являются грамположительные микроорганизмы.

Факторы риска развития фебрильной нейтропении:

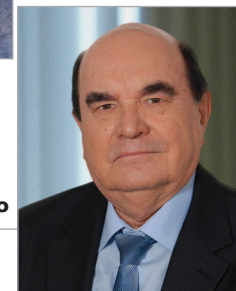
- выраженное повреждение слизистых оболочек в результате химиотерапии;
- снижение общего иммунитета;
- симптомы катетер-ассоциированной инфекции;
- выявление метициллинрезистентного золотистого стафилококка, пневмококка, устойчивого к пенициллинам и цефалоспорином.

Опухолевые процессы различной локализации

Опухолевые процессы различной локализации занимают 2-е место в структуре причин возникновения ЛНГ.



Г.В. Дзяк



А.М. Василенко

Наиболее часто диагностируются лимфопрлиферативные опухоли (лимфогранулематоз, лимфосаркома), рак почки, опухоли печени (первичные и метастатические), бронхогенный рак, рак толстой кишки, поджелудочной железы, желудка и некоторых других локализаций.

Лимфогранулематоз (лимфома Ходжкина)

В дебюте заболевания отмечается лихорадка. Она сопровождается общей слабостью, зудом кожи, ночной профузной потливостью. У больного быстро снижается масса тела, затем увеличиваются в размере лимфоузлы в области шеи, подмышечной впадины и в паху. Они плотные, безболезненные, подвижные. Часто первым симптомом заболевания со стороны внутренних органов является затрудненное дыхание или кашель вследствие давления лимфоузлов на бронхи. Для верификации диагноза необходимо провести биопсию пораженного лимфоузла с последующими морфологическим и иммунологическим исследованиями для определения специфических для этого заболевания клеток Березовского-Штернберга. Также используется лучевая диагностика.

Лимфосаркома

Лихорадка сопровождается жаром, ночной потливостью, быстрым снижением массы тела. Изолированная лихорадка может сохраняться в течение 2 мес и более. Затем у 50% больных первыми поражаются лимфоузлы шеи. Сначала увеличивается один лимфоузел, затем в опухолевой процесс вовлекаются соседние лимфоузлы. Они безболезненные, плотноэластической консистенции, сливаются в большие группы, неспаиваются с кожей. Первый очаг опухоли может возникать и в миндалинах, вызывая боль в горле при глотании, изменение тембра голоса, реж — в грудной полости. У больного появляются кашель, одышка, отечность лица, расширение вен на шее. Возможно поражение желудочно-кишечного тракта.

Гипернефрома

У 50% больных гипернефрома в дебюте проявляется лихорадкой с ознобами. Данный период может длиться около 2 мес. Затем постепенно возникает характерная для этого заболевания триада: бугристая большая почка, боль в спине и гематурия.

Первичный рак печени

Первичный рак печени характеризуется быстрым увеличением размеров печени, появлением желтухи, реж — болью в правом подреберье. Печень плотная, бугристая. В отличие от цирроза печени селезенка при этом заболевании не увеличивается.

Рак поджелудочной железы

К первым проявлениям рака поджелудочной железы относят устойчивую ночную боль, не купирующуюся ненаркотическими анальгетиками. У больного резко снижается масса тела, затем присоединяется лихорадка.

О наличии опухоли при ЛНГ могут свидетельствовать такие неспецифические синдромы, как узловатая эритема

(особенно рецидивирующая) и мигрирующий тромбофлебит.

Механизм возникновения лихорадки при опухолевых процессах связан с продукцией опухолевой тканью различных пирогенных субстанций (интерлейкина-1 и др.), а не с распадом или перифокальным воспалением.

Лихорадка не зависит от размеров опухоли и может наблюдаться как при распространенном опухолевом процессе, так и у больных с наличием одного узла небольшого размера.

Следует чаще использовать иммунологические методы исследования для выявления некоторых специфических опухолевых маркеров:

- α -фетопротеина (первичный рак печени);
- CA 19-9 (рак поджелудочной железы);
- CEA (рак толстой кишки);
- PSA (рак предстательной железы).

Паранеопластический синдром

Паранеопластический синдром объединяет различные поражения органов и тканей, удаленных от основного опухолевого очага, и метастазы. Клинические проявления паранеопластических синдромов могут предшествовать манифестации злокачественной опухоли. На основе анализа современной литературы паранеопластические синдромы можно систематизировать таким образом:

- раковая кахексия;
- лихорадка, устойчивая к антибиотикам;
- нарушения водно-солевого баланса (гиперкальциемия, гипонатриемия);
- эндокринопатии (синдром Кушинга, гипогликемия, гинекомастия);
- раковые иммуноопосредованные поражения (системная склеродермия, дерматомиозит, артрит, миопатия, поражение центральной нервной системы);
- коагулопатии (хронический ДВС-синдром, тромбозы, тромбозы, тромбоз эмболии легочной артерии);
- нарушения гемопоза (тромбоцитоз, лейкоцитоз, лейкопения);
- иммуноопосредованные васкулиты.

Системные заболевания

Данная группа представлена следующими патологиями:

- системная красная волчанка (СКВ);
- ревматоидный артрит;
- различные формы системных васкулитов (узловый, височный артериит и др.);
- перекрестные (overlap) синдромы.

Изолированная лихорадка часто опережает появление суставного синдрома или других органных нарушений при системных заболеваниях.

Сочетание миалгии, миопатии с лихорадкой, особенно при повышении СОЭ, дает основание заподозрить такие заболевания, как дерматомиозит (полимиозит), ревматическая полимиалгия.

Лихорадка может быть единственным или одним из основных проявлений тромбоза глубоких вен нижних конечностей, таз.

Такие ситуации возникают чаще всего после родов, костных переломов, оперативных вмешательств, при наличии внутривенных катетеров, у больных с мерцательной аритмией, сердечной недостаточностью.

Лихорадка, ассоциированная с приемом лекарств

Лихорадка лекарственного генеза не имеет специфических признаков, позволяющих отличить ее от лихорадки другого происхождения. Единственным отличием следует считать ее исчезновение после отмены подозреваемого препарата. Нормализация температуры тела не всегда происходит в первые дни, она может наблюдаться и через несколько суток после прекращения приема препарата.

Повышение температуры тела могут спровоцировать следующие группы препаратов:

- антимикробные средства (изониазид, нитрофураны, амфотерицин В);

- цитостатические препараты (прокарбазин и др);

- сердечно-сосудистые средства (α -метилдопа, хинидин, прокаинамид, гидралазин);

- препараты, действующие на центральную нервную систему (карбамазепин, хлорпромазин, галоперидол, тиоридазин);

- противовоспалительные средства (ацетилсалициловая кислота, ибупрофен);

- различные группы препаратов, включая йодистые, антигистаминные средства, аллопуринол, метоклопрамид и др.

Принципы диагностического поиска

Успех определения характера ЛНГ во многом зависит от тщательности сбора анамнеза и качества объективного осмотра больного. Важными аспектами опроса являются сведения относительно остроты развития лихорадки, контакта с больным инфекционным заболеванием, предшествующих обследований и инструментальных вмешательств, травматических повреждений кожных покровов и слизистых оболочек, экстракции зуба, наличия очагов хронической инфекции, предшествующих заболеванию командировок в жаркие страны, беременности и родов.

Осмотр больного с ЛНГ должен проводиться при абсолютном отсутствии на нем одежды, поскольку некоторые пациенты с лихорадкой неосознанно скрывают фурункулы промежности, а также нагнаивающиеся постинъекционные (сульфат магния) инфильтраты. Необходимо обращать внимание на возможное наличие гнойничковой инфекции (стрептодермии, фурункулеза) на коже, сыпи любого характера; следов от внутривенных инъекций наркотических средств у лиц молодого возраста. Следует тщательно пальпировать передние и задние шейные лимфоузлы и лимфоузлы всех доступных областей, исключать наличие вирусных метастазов. В рамках диагностики тромбоза глубоких вен необходимо обратить внимание на отечность одной из нижних конечностей. Затем следует выявить возможные структурно-функциональные нарушения внутренних органов, лимфатической системы и др., также оценить состояние зубов и миндалин. Для исключения заболеваний органов малого таза, которые могут быть причиной развития сепсиса, необходимо неоднократно провести ректальные и вагинальные исследования, что позволит исключить наличие абсцесса в области прямой кишки и малого таза.

Существует несколько вариантов алгоритма диагностики заболеваний у пациентов с ЛНГ. Согласно рекомендациям, после лихорадки возможно появление дополнительных признаков заболевания (шумов в сердце, суставного и гепатолиенального синдромов и др.), на основании выявления которых следует устанавливать предварительный диагноз и проводить соответствующее обследование. В случае наличия сепсиса, лейкоза, СКВ и онкологических заболеваний при таком подходе диагностический процесс значительно усложняется. В других вариантах алгоритма предлагается использовать методы исследования по нарастающей — от менее информативных до более информативных. Верификацию диагноза у больных с ЛНГ необходимо проводить в 3 этапа, учитывая частоту встречаемости заболеваний в данной популяции: инфекционные, злокачественные заболевания, системные заболевания соединительной ткани. Чаще всего причиной ЛНГ являются инфекции (50%), реже — онкологические заболевания, в некоторых случаях — системные заболевания соединительной ткани.

Первый этап. Проводится верификация инфекционных очагов (тонзиллит, гайморит, гранулема зуба, гнойный холангит, абсцессы в брюшной полости, пиелонефрит) или генерализованного процесса (ИЭ, сепсис, туберкулез).

Общие признаки данных инфекционных заболеваний:

- озноб (преимущественно во второй половине дня);
- потливость;

- потливость без ознобов (характерна для туберкулеза; т. н. синдром мокрой подушки);

- выраженная интоксикация;
- признаки выраженного воспалительного ответа в периферической крови;

- положительная гемокультура (примерно у 50% больных);

- наличие входных ворот (при сепсисе — это и внутривенное введение наркотических средств, абсцессы органов брюшной полости могут развиваться вследствие травмы живота, после оперативных вмешательств);

- ДВС-синдром (часто развивается при сепсисе);

- незначительно увеличенная мягкая селезенка;

- наличие хронических очагов инфекции;

- раннее (после 1 мес лихорадки) появление признаков полиорганных поражений (ИЭ);

- повторяющиеся ознобы (сепсис, ИЭ, гнойный холангит, пиелонефрит, паранефрит, гранулема зуба, формирующийся абсцесс, флегмит (тазовый тромбоз), малярия);

- снижение массы тела на 10% и более (ИЭ, сепсис, генерализованный туберкулез);

- раннее снижение уровня гемоглобина в сыворотке крови (ИЭ, сепсис).

Учитывая анамнез, характер лихорадки и наличие дополнительных изменений внутренних органов, круг подозреваемых заболеваний сужается; проводится селективное обследование больного согласно диагностической версии.

Используются следующие методы: посев из зева, трехкратный посев крови на гемокультуру, посев мочи на бактериурию, посев мокроты (при ее наличии).

Все больные с лихорадкой должны обследоваться на ВИЧ.

Необходимо определение маркеров острого воспалительного ответа: прокальцитонина и С-реактивного белка в динамике, фибриногена; проведение спиральной компьютерной томографии органов грудной клетки и брюшной полости с усилением; определение антител к вирусу Эпштейна-Барр и цитомегаловирусу.

Note bene! Диагностическое значение имеет повышение уровня иммуноглобулина М. Обязательно должны определяться маркеры вирусного гепатита В, С. Остальные вирусы после 3 нед заболевания можно исключить.

Биохимические тесты: печеночные пробы, определение белковых фракций крови, туберкулиновые пробы. При обоснованном подозрении на туберкулез используется метод полимеразной цепной реакции; для исключения воспалительных и онкологических заболеваний органов малого таза проводятся повторные вагинальные исследования, а также ректальное исследование; назначаются консультации специалистов узкого профиля.

Клинические критерии дебюта ВИЧ-инфекции:

- снижение массы тела на 10% и более в течение нескольких месяцев без видимых причин;

- стойкая беспричинная лихорадка, сохраняющаяся более 1 мес;

- беспричинная диарея в течение более 1 мес;

- постоянное усиленное ночное потовыделение;

- недомогание, быстрая утомляемость;

- увеличение больше чем двух групп лимфоузлов, исключая паховые.

Второй этап. При отрицательных результатах диагностического поиска на первом этапе обследования проводится второй этап, направленный на исключение онкологических заболеваний.

Для лихорадки при онкологических заболеваниях характерны:

- выраженная интоксикация;
- отсутствие острых воспалительных изменений в периферической крови;

- увеличение СОЭ до 50 мм/ч;

- гиперкоагуляция с последующим развитием тромботических осложнений (мигрирующий тромбоз, тромбоз);

- раннее снижение уровня гемоглобина;

- снижение массы тела;

- наличие паранеопластических симптомов, синдромов (узловой эритемы, остеоартропатий, мигрирующего тромбоза, склеродермии).

Note bene! У пациентов с онкологическими заболеваниями пирогенной субстанцией является интерлейкин-1, а не распад опухоли, перифокальное воспаление и др.

Наличие признаков Савицкого способствует ранней диагностике рака желудка. Наиболее пирогенными являются опухоли почек и печени, саркома и миелома. Повторяющиеся ознобы характерны для лимфосаркомы, гипернефромы и лимфомы.

Второй этап диагностики включает:

- повторный общий анализ крови;
- определение онкомаркеров:

- α -фетопротеина (первичный рак печени);
- CA 19-9 (рак поджелудочной железы);
- CEA (рак толстой кишки);
- PSA (рак предстательной железы);

- проведение повторного УЗИ для оценки состояния лимфоузлов шеи и исключения увеличения парааортальных лимфоузлов;

- повторные УЗИ органов брюшной полости;

- биопсия увеличенного лимфоузла, для выполнения которой следует выбирать наиболее плотный лимфоузел, а не максимальный по размеру или более доступный. При осуществлении биопсии лимфоузла предпочтение следует отдавать его резекции с последующим гистологическим изучением.

При обоснованном подозрении на онкопатологию органов брюшной полости следует использовать лапароскопию, реже — лапаротомию.

При отсутствии результатов расшифровки причин ЛНГ на втором этапе следует приступить к следующему этапу.

Третий этап. Главная задача — исключение системных заболеваний соединительной ткани. Среди них чаще всего дебютируют лихорадкой такие заболевания, как СКВ, узловый полиартериит, ревматоидный артрит (чаще ювенильный). У больных с СКВ в большинстве случаев первым клиническим проявлением заболевания на фоне лихорадки является суставной синдром. Легче диагностируется узловый полиартериит. У этих больных уже в дебюте заболевания (в среднем через 3-4 нед от появления лихорадки) регистрируется снижение массы тела. Пациенты жалуются на сильную боль в мышцах голени, вплоть до невозможности стоять на ногах.

На сегодня намного чаще отмечается синдром Стилла у взрослых, проявляющийся длительной лихорадкой. Для него характерна менее выраженная симптоматика. Нет специфических лабораторных тестов. На фоне лихорадки в дебюте заболевания всегда имеют место артралгии, позже — артриты, макулопапулезная сыпь, нейтрофильный лейкоцитоз, возможно развитие лимфаденопатии, увеличение селезенки, полисерозиты. Ревматоидный фактор и антинуклеарные антитела не обнаруживаются. Чаще ошибочно устанавливается диагноз сепсиса и назначается массивная антибактериальная терапия, которая не обеспечивает улучшения самочувствия.

Особую трудность представляет ранняя диагностика лейкозов.

Лихорадочный период длится 2 мес и более. Практически не удается нормализовать температуру тела посредством воздействия нестероидных противовоспалительных средств. Наблюдается снижение массы тела. Первый информативный признак этого заболевания — внезапное обнаружение бластных клеток в периферической крови. До этого лечащий врач находится в полной неопределенности, поскольку «больной

Продолжение на стр. 24.

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

ЛЕКЦІЯ

Г.В. Дзяк, академик НАМН України, д.м.н., профессор, А.М. Василенко, д.м.н., профессор, В.А. Потапашний, д.м.н., профессор, В.А. Василенко, к.м.н., доцент, ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Лихорадка неясного генеза. Принципы диагностического поиска

Продолжение. Начало на стр. 22.

есть, а диагноза нет». Стерильная пункция позволяет установить наличие заболевания крови. До этого диагноз звучит как ЛНГ. Не следует необоснованно устанавливать предварительный диагноз сепсиса, как это зачастую бывает.

Необходимо стремиться к тому, чтобы больной с ЛНГ подвергался не тотальному, а селективному обследованию в соответствии с клинической ситуацией. Также не всегда оправданно последовательное использование методов с нарастающей сложностью, информативностью и инвазивностью. Уже на начальных этапах обследования наиболее информативными могут быть инвазивные методы (например, биопсия лимфатического узла при умеренной лимфаденопатии или лапароскопия при сочетании лихорадки с асцитом). Лихорадка в сочетании с органами поражения чаще наблюдается при инфекциях, а изолированная лихорадка — при патологических изменениях крови (лейкозах) и системных заболеваниях соединительной ткани (СКВ, болезнь Стилла у взрослых).

Диагностический поиск облегчает появление у больного на фоне лихорадки изменений в периферической крови. Так, анемия указывает на необходимость проведения дифференциальной диагностики между злокачественной опухолью, заболеванием крови, гипернефромой, сепсисом, инфекционным эндокардитом, системным заболеванием соединительной ткани. Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево и токсическая зернистость нейтрофилов обычно

свидетельствуют о воспалительном инфекционном процессе. При неуклонном росте количества лейкоцитов с «омоложением» формулы до миелоцитов необходимо исключить заболевания крови. Агранулоцитоз наблюдается при инфекционных заболеваниях и остром лейкозе. Эозинофилия характерна для медикаментозной лихорадки и онкопатологии, реже — для лимфосаркомы, лейкоза. Лимфоцитоз часто регистрируется при вирусе Эпштейна-Барр и цитомегаловирусной инфекции, а также при лимфолейкозе.

Выраженная лимфопения может свидетельствовать о наличии СПИДа. Моноцитоз характерен для туберкулеза и инфекционного мононуклеоза. Изменения в осадке мочи — альбуминурия, микрогематурия — у больного с лихорадкой свидетельствуют в пользу инфекционного эндокардита, сепсиса. Острый гломерулонефрит с лихорадкой наблюдается крайне редко.

Сложности дифференциальной диагностики у больного с лихорадкой остаются даже при появлении полиорганных поражений. В кардиологической практике в этой клинической ситуации чаще диагностируется инфекционный эндокардит (Г.В. Кнышов и соавт., 2012).

Инфекционный эндокардит следует заподозрить, если лихорадка ассоциируется с:

- появлением нового шума клапанной регургитации;
- эпизодами эмболических осложнений неизвестного происхождения;
- наличием внутрисердечного протезного материала;
- недавно перенесенными парентеральными манипуляциями;

- вновь появившимися признаками застойной сердечной недостаточности;
- новыми проявлениями нарушений ритма сердца и проводимости;
- очаговыми неврологическими симптомами;
- почечными, селезеночными абсцессами.

Лечить или не лечить?

Вопрос о целесообразности и обоснованности назначения лечения больным с ЛНГ до ее расшифровки не может быть решен однозначно и должен рассматриваться индивидуально в зависимости от конкретной ситуации. В большинстве случаев при стабильном состоянии лечение не проводится, однако возможно применение нестероидных противовоспалительных препаратов.

Note bene! Часто назначается антибактериальная терапия, а в случае отсутствия эффекта и при сохраняющейся неясности ситуации — глюкокортикоиды. Такой эмпирический подход к лечению следует считать недопустимым.

В некоторых ситуациях может обсуждаться вопрос о применении пробного лечения как одного из методов diagnosis ex juvantibus (например, туберкулостатических препаратов). В ряде случаев целесообразно назначение гепарина при подозрении на тромбоз глубоких вен или легочную эмболию; антибиотиков, накапливающихся в костной ткани (линкомицина), — при подозрении на остеомиелит. У больных с подозрением на инфекцию мочевыводящих путей, особенно имеющих хронический пиелонефрит, можно применять фторхинолоны II поколения (ципрофлоксацин внутривенно).

Note bene! Использовать фторхинолоны III-IV поколения у больных с ЛНГ категорически запрещается, так как они обладают туберкулостатическим действием и могут стереть клиническую картину, усложнить дальнейшую дифференциальную диагностику.

Требуется особый подход к лечению фебрильной нейтропении. Учитывая агрессивность инфекционного процесса у данной категории больных, он должен рассматриваться как причина лихорадки до тех пор, пока не будет доказано обратное. Следовательно, необходимо проведение антибактериальной терапии.

Следует помнить, что антибиотикотерапия, назначенная больным с ЛНГ без достаточных оснований, способна ухудшить течение СКВ и других системных заболеваний соединительной ткани.


Необоснованное назначение гормональной терапии может привести к тяжелым последствиям — генерализации инфекции. Использование глюкокортикоидов рационально в тех случаях, когда их эффект имеет диагностическое значение (например, при подозрении на ревматическую полимиалгию, подострый тиреоидит). При этом необходимо учитывать, что глюкокортикоиды способны снижать или устранять лихорадку при лимфолифопролиферативных заболеваниях.

Не следует руководствоваться исключительно консультациями специалистов узкого профиля (оториноларингологов, стоматологов, урологов, фтизиатров). Дело в том, что они не выявляют типичного течения профильного заболевания у больных с ЛНГ, не учитывая то, что у пациентов отмечаются лихорадка и атипичное течение патологии.

Note bene! Более корректно трактовать не атипичное течение, а атипичное начало заболевания. В дальнейшем оно обычно протекает типично.

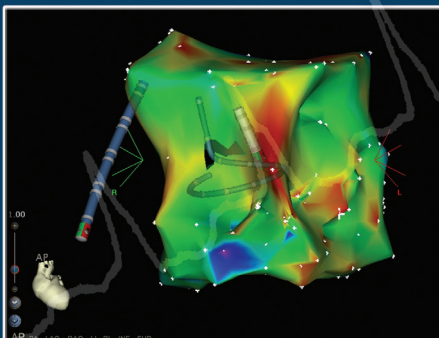
Установление причины ЛНГ — сложный и трудоемкий этап. Для успешного его выполнения лечащий врач-терапевт должен обладать достаточными знаниями во всех разделах медицины и действовать согласно одобренным диагностическим алгоритмам.

При написании этой статьи мы использовали литературные данные, а также собственный многолетний клинический опыт.


 Національна академія медичних наук України
 Міністерство охорони здоров'я України
 Асоціація кардіологів України
 Асоціація аритмологів України
 ДУ «Національний науковий центр
 "Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска" НАМНУ

**V науково-практична конференція
Асоціації аритмологів України**

19-20 травня 2015 року



Інформаційне повідомлення

Місце проведення:
Готель «Русь», м. Київ, вул. Госпітальна, 4

Оргкомітет:
ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка
М.Д. Стражеска» НАМН України
Телефон для довідок: (044) 249-70-03, 275-66-22
E-mail: stragh@bigmir.net, org-vavilova@yandex.ru


 Національна академія медичних наук України
 Міністерство охорони здоров'я України
 ДУ «Національний науковий центр
 "Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска" НАМНУ
 Асоціація кардіологів України
 Українська Асоціація фахівців з серцевої недостатності

**V науково-практична конференція
Української асоціації фахівців з серцевої недостатності**

**Серцева недостатність
як міжфахова проблема:
здобутки та перспективи**

23-24 квітня 2015 р.



Місце проведення:
Готель «Космополіт», м. Київ, вул. В.Гетьмана, 6

Оргкомітет:
ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка
М.Д. Стражеска» НАМН України
Телефон для довідок: (044) 249-70-03, 275-66-22
E-mail: stragh@bigmir.net, org-vavilova@yandex.ru



Інформаційне повідомлення