

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Рецензия	8
Ключевые слова и список сокращений	11
Вместо предисловия: пациентка с лихорадкой на амбулаторном приеме у терапевта	13
Лихорадка: что мы знали о ней ранее и что мы знаем сегодня	18
Путеводитель по лихорадкам.	22
Симптомы и синдромы, сопровождающие лихорадку.	30
Основные виды лихорадки	33
Значение отдельных клинических симптомов и синдромов для дифференциальной диагностики острой инфекционной лихорадки	38
Синдром экзантем.	38
Синдром желтухи	41
Лимфаденопатия	43
Менингеальный синдром	45
Синдром ангины.	47
Синдром диареи	50
Отдельные симптомы при лихорадках	53
Хроническая лихорадка	68
Искусственная лихорадка	98

Особенности клинической картины отдельных заболеваний, лежащих в основе ЛНГ	100
Инфекционный эндокардит	101
Туберкулез	104
Нагноительные заболевания брюшной полости и малого таза	111
Остеомиелит	115
ВИЧ-инфекция	116
Диагностический поиск при лихорадке	123
Сбор анамнеза	123
Физикальное обследование	133
Методы получения изображения	141
Значение отдельных лабораторных показателей для дифференциальной диагностики лихорадочных состояний	146
Лихорадка неясного генеза: от синдрома к диагнозу . .	150
Стандартные врачебные ошибки	153
Тактика ведения больного с лихорадкой	170
Принципы термометрии	170
Критерии тяжести состояния, требующего немедленной госпитализации пациентов с фебрильной лихорадкой без проведения дифференциальной диагностики	176
Тактика врача поликлиники при лихорадке неясного генеза (ЛНГ)	177
Показания для консультации инфекциониста в поликлинике	177
Послесловие	178
Приложения	180
Литература	190

ВВЕДЕНИЕ

Термин «лихорадка» имеет множество значений. В разговорной речи под ним могут подразумевать тревожное состояние, излишнее возбуждение, ажиотаж, оно может выражать любовь и финансовые блага («любовная», «биржевая», «золотая» лихорадка») и др. Лихорадкой в народе часто называют *herpes labialis*. В художественных произведениях ею обозначалась малярия («болотная лихорадка») или лихорадка Денге («тропическая лихорадка»). В народной же медицине лихорадка — это вообще любая болезнь (от слов «лихо» и «радети», т.е. заботливо насылать на человека лихо).

В любом руководстве по инфекционным болезням можно найти много самостоятельных заболеваний, называемых лихорадками: пятнистая лихорадка Скалистых гор, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, геморрагическая крымская лихорадка, желтая лихорадка, лихорадка Денге, Эбола, Зика и т.д.

Однако данное руководство посвящено **синдрому лихорадки**, встречающемуся практически при всех инфекционных, а также многих неинфекционных заболеваниях.

Согласно статистике повышение температуры тела изолированно или в сочетании с другими признаками является одним из самых частых поводов для обращения в поликлинику или вызова врача на дом. Спектр заболеваний, сопровождаемых лихорадкой, обширен и находится в компетенции врачей самых разных специальностей: инфекциониста, хирурга, уролога, гинеколога, отоларинголога, онколога и других. Тем не менее 90% лихорадящих больных до установления диагноза попадают на прием к терапевту поликлиники или становятся пациентами терапевтических отделений стационара.

Лихорадка может быть разной: кратковременной, эфемерной, не замеченной врачом и пациентом, а бывает длительной, упорной, указывающей на наличие у больного серьезного органического поражения.

Большие диагностические трудности возникают в случаях, когда лихорадка в течение длительного времени служит единственным проявлением болезни, расшифровать которую не удастся как после обычного, так в ряде случаев

и после дополнительного обследования. Поэтому важно как можно скорее установить причину повышения температуры и своевременно начать лечение основного заболевания.

Именно поэтому мы надеемся, что эта книга послужит наглядным пособием для амбулаторных врачей и поможет улучшить своевременную диагностику лихорадки у своих многочисленных пациентов.

Авторы приносят благодарность всем врачам терапевтических отделений ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения Москвы за неоценимую помощь в подготовке данной книги.

РЕЦЕНЗИЯ

Известно, что решение вопроса правильной трактовки длительного повышения температуры «можно рассматривать как тест на аналитическое и синтетическое мышление врача, ибо способность правильной оценки ее характера требует широкого медицинского кругозора» (Н.В. Эльштейн). Это выражение становится особенно актуальным в условиях современной жизни, когда все большее число пациентов попадают в категорию больных с лихорадкой неясного генеза, когда причину длительного повышения температуры выяснить не удастся. Среди причин можно выделить отсутствие достаточного времени для качественного опроса, осмотра и анализа клинических особенностей заболевания у сложного в диагностическом плане пациента, нередко отсутствие возможности быстрого получения результатов необходимых

лабораторных исследований, невозможность в силу объективных обстоятельств обсуждения проблемы с коллегами. Это обуславливает назначение многочисленных исследований и нередко ненужных лекарственных препаратов и в конечном счете удлиняет время постановки правильного диагноза. Поэтому своевременная и качественная диагностика причин лихорадочных состояний и есть та цель, к достижению которой стремятся и врачи, и пациенты.

Представленная вашему вниманию книга – уже тринадцатая в серии «Амбулаторный прием» и является результатом совместного труда сотрудников кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова под руководством профессора А.Л. Верткина. Как и в других книгах данной серии, посвященных социально значимым болезням, с которыми пациенты часто обращаются в поликлинику, в настоящем руководстве систематизированы знания о различных видах лихорадок, сопутствующих им симптомах и синдромах, акцентировано внимание на деталях осмотра, представлены алгоритмы и пошаговые рекомендации к проведению диагностических процедур и установке диагноза.

Мы надеемся, что эта книга займет достойное место среди руководств для непрерывного медицинского образования врачей как первичного звена, так и стационаров, а также интернов, ординаторов, аспирантов, студентов и преподавателей медицинских учебных заведений.

Президент Российского научного
медицинского общества терапевтов,
академик РАН
А.И. Мартынов

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА И СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	— артериальное давление
БОМЖ	— без определенного места жительства
ВЗК	— воспалительные заболевания кишечника
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека
ВПГ	— вирус простого герпеса
ВУЗ	— высшее учебное заведение
ГКС	— глюкокортикостероиды
ДГПЖ	— доброкачественная гиперплазия предстательной железы
ЗСН	— застойная сердечная недостаточность
ИГХ	— иммуногистохимическое исследование
ИЭ	— инфекционный эндокардит
КТ	— компьютерная томография
КУМ	— кислотоустойчивые микобактерии
ЛГМ	— лимфогранулематоз
ЛНГ	— лихорадка неясного генеза

МСV	— средний объем эритроцитов
МРТ	— магнитно-резонансная томография
НК	— недостаточность кровообращения
НЯК	— неспецифический язвенный колит
НХЛ	— неходжкинские лимфомы
ПТД	— противотуберкулезный диспансер
ПЦР	— полимеразная цепная реакция
РФ	— Российская Федерация
СКВ	— системная красная волчанка
СМП	— скорая медицинская помощь
СОЭ	— скорость оседания эритроцитов
СРБ	— С-реактивный белок
SpO ₂	— сатурация кислородом артериальной крови
ТВС	— туберкулез
ТЭЛА	— тромбоэмболия легочной артерии
УЗИ	— ультразвуковое исследование
ЦМВ	— цитомегаловирус
ЧДД	— частота дыхательных движений
ЧСС	— частота сердечных сокращений
Эхо-КГ	— эхокардиография

ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ: пациентка с лихорадкой на амбулаторном приеме у терапевта

Больная К., 71 год, обратилась в поликлинику по месту жительства с жалобами на боли в эпигастральной области и левом подреберье, лихорадку до 39,0 °С, похудание, потливость по ночам, слабость, головокружение.

Из анамнеза известно, что считает себя больной в течение 8 месяцев, когда впервые появилось немотивированное повышение t тела до 39 °С, не сопровождаемое какими-либо другими симптомами. Неоднократно обращалась за медицинской помощью в поликлинику, был поставлен диагноз ОРВИ, назначены жаропонижающие препараты без эффекта. Курсы антибактериальной терапии не проводили. В течение последних трех месяцев появились боли в верхних отделах живота, в левом подреберье, потливость по ночам. За это время похудела на 15 кг.

В связи с усилением болей в животе, сопровождаемых лихорадкой, с предварительным диагнозом «острый панкреатит» больная госпитализирована в хирургическое отделение многопрофильного стационара.

Анамнез жизни: проживает в г. Москве в отдельной квартире. Хронических заболеваний нет. Не курит. Злоупотребление алкоголем отрицает. Операция холецистэктомии (1986). Контакт с инфекционными больными отрицает.

В течение последних 6 месяцев находилась на даче в Ижевске, вернулась 3 недели назад.

При поступлении состояние расценено как средней тяжести. Кожные покровы бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧДД — 18 в минуту. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧСС — 72 в мин. АД — 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Обращает на себя внимание, что всю левую половину живота занимает плотная увеличенная селезенка, болезненная при пальпации. Печень не увеличена.

В клиническом анализе крови: **анемия** (Hb — 72 г/л, эритроциты — $2,86 \times 10^{12}/л$, MCV — 75,3 фл), **тромбоцитопения** ($47 \times 10^9/л$), **лейкопения** (L — $3,0 \times 10^9/л$), СОЭ — 15 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза — 3,3 ммоль/л, общий белок — 54 г/л, билирубин — 24,0 мкмоль/л. Анализ мочи без особенностей. При рентгенографии органов грудной клетки

и брюшной полости существенных изменений не отмечено. При ультразвуковом исследовании выявлена **спленомегалия** (селезенка 20,6 см x 10,1 см, неоднородная, кровоток усилен, с добавочными долька-ми), при ЭГДС — острые эрозии желудка, смешанный гастрит, бульбит, дуодено-гастральный рефлюкс. Выполнена компьютерная томография (без контрастирования), по результатам которой выявлено небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости, увеличение селезенки (171x104x241 мм), распространенная лимфаденопатия. Определялись множественные увеличенные лимфатические узлы, в том числе в воротах печени — до 27 мм, в малом сальнике — до 34 мм, в воротах селезенки — до 17 мм, в забрюшинном пространстве — до 28 мм. Печень нормальных размеров, ее плотность диффузно снижена. В связи с отсутствием хирургической патологии, с предположительным диагнозом «миелофиброз», больная переведена в терапевтическое отделение.

Для уточнения диагноза пациентке была выполнена стерильная пункция, полученный материал консультирован в Институте клинической онкологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, в лаборатории иммунологии гемопоэза. В миелограмме пунктат гиперклеточный. Гранулоцитарный росток в пределах нормы. Эритроидный росток расширен. Число мегакариоцитов значительно увеличено. Признаки миелодисплазии отсутствуют. Таким образом, ди-



агноз миелофиброза был отвергнут. Больная консультирована гематологом. Рекомендована биопсия лимфоузла. В связи с отсутствием периферических лимфоузлов, доступных для биопсии, была выполнена диагностическая лапароскопия с биопсией увеличенных лимфоузлов брюшной полости. Подтверждено предположение о наличии лимфомы, после чего пациентка переведена в гематологическое отделение другого стационара.

В рамках академической книги, естественно, следует выдерживать определенный стиль изложения, хотя каждому понятно, что на протяжении 8 месяцев помощи пациентке не оказывалось. Но тем не менее давайте вместе проанализируем факты, изложенные в амбулаторной карте. Итак, больная К., 71 год, в течение последних 8 месяцев неоднократно обращалась в поликлинику по поводу лихорадки до 39,0 °С, сопровождаемой болями в эпигастрии и левом подреберье, снижением массы тела на 15 кг, потливости по ночам. И несмотря на длительность заболевания (аж 8 месяцев!), отсутствие катаральных признаков, эпиданамнеза, ей ставили диагноз ОРВИ (подчеркнем: острого заболевания) и назначали жаропонижающие препараты. Естественно, что при такой

уверенности в правильном диагнозе вирусного острого респираторного заболевания (обратите внимание — рецидивирующего в течение 8 месяцев?!) анализ крови не был оценен, УЗИ, хотя боли были в животе, не сделано, КТ органов брюшной полости тем более. При последнем обращении в поликлинику опять был поставлен диагноз острого заболевания — «острый панкреатит», что послужило поводом для госпитализации.

ЛИХОРАДКА: что мы знали о ней ранее и что мы знаем сегодня

Самое раннее и краткое определение лихорадки дал римский врач II века н. э. Гален Пергамский, бывший личным врачом императоров М. Аврелия и Комода: *Лихорадка — «противоестественный жар»*.

Великий мыслитель и врач Гиппократ определял лихорадку *«как полезный симптом при инфекции»*.

В Древней Руси под лихорадкой понимали духа в облике злой женщины с растрепанными волосами, вселяющегося в кого-либо и вызывающего болезнь.

В древнеримской мифологии была богиня лихорадки Фебрис. Почитались Фебрис Тертиана (богиня лихорадки с приступами, происходящими один раз в три дня) и Фебрис Квартана

(богиня лихорадки с приступами один раз в четыре дня). Этой богине в жертву приносили лекарства, которые давали больным лихорадкой.

Английский врач Thomas Sydenham (1624–1689) утверждал, что «лихорадка — средство, которое природа использует для устранения своих врагов».

Основоположником термометрии и температурных кривых считается немецкий врач Карл Рейнгольд Август Вундерлих (C.R.A. Wunderlich). В 1868 году он опубликовал классическую работу «Температура при различных заболеваниях», где собраны данные о 25 тыс. пациентах и дан анализ колебаний температуры при 32 видах заболеваний, что позволяет дифференцировать болезни, сопровождаемые лихорадкой. Это способствовало широкому внедрению термометрии в медицинскую практику.

Другой немецкий врач К. Либермейстер (1833–1901), который выявил закономерность, связывающую величину повышения температуры тела и учащение пульса у лихорадящих больных (правило Либермейстера), писал, что *«лихорадка — это регуляция температуры тела на более высоком уровне и она опасна, если слишком высокая или длительная, а антипиретические средства должны применяться только при такой лихорадке»*.

Понятия «короткой» и «длинной» лихорадки ранее являлись самостоятельным диагнозом, в том числе и для определения причины смерти вплоть до конца XIX века, когда законодательно было принято описывать конкретную причину возникновения лихорадки.

В 1926 г. причинам длительного субфебрилитета был посвящен целый съезд терапевтов СССР.

С 60-х годов XX века в Index Medicus появляется раздел «Лихорадка неясного генеза».

На сегодняшний день известно, что повышение температуры тела происходит в результате воздействия на организм различных биологически активных веществ — так называемых **пирогенов** (греч. «pyretos» — огонь, жар; «genesis» — возникновение, развитие). Пирогены, попадающие в организм извне, называются экзогенными (инфекционные и неинфекционные), а образующиеся внутри организма — эндогенными (клеточно-тканевые). Все пирогены представляют собой биологически активные структуры, способные вызвать перестройку уровня регуляции температурного гомеостаза, приводящего к развитию лихорадки.

Лихорадка носит защитный характер. Под ее влиянием усиливается синтез интерферонов, по-

вышается бактерицидность полинуклеаров, иммунный ответ со стороны лимфоцитов — Т-хелперов 1-го типа, необходимый для адекватной продукции иммуноглобулинов класса G (IgG), антител и клеток иммунной памяти. Цитокины усиливают синтез белков острой фазы воспаления, стимулируют лейкоцитоз. При лихорадке многие бактерии и вирусы частично или полностью утрачивают способность к размножению. Однако с повышением температуры тела выше 40°C защитная функция лихорадки исчезает и возникает обратный эффект: повышается интенсивность метаболизма, потребление O_2 и выделение CO_2 , усиливается потеря жидкости, создается дополнительная нагрузка на сердце и легкие. Но до достижения уровня температуры тела 41,7 °C гипертермическое поражение мозга не развивается.

ПУТЕВОДИТЕЛЬ ПО ЛИХОРАДКАМ

Лихорадкой (febris, pyrexia) называют повышение температуры тела выше 37°C при измерении в подмышечной впадине. Однако не каждое повышение температуры тела принято считать лихорадкой.

В ряде случаев у здорового человека отмечается незначительное **функциональное повышение температуры тела**:

- ✓ при интенсивной физической нагрузке;
- ✓ после приема пищи или горячей ванны;
- ✓ при сильном эмоциональном напряжении;
- ✓ у женщин в период овуляции (повышение на $0,6\text{--}0,8^{\circ}\text{C}$);
- ✓ в жаркую погоду (летом температура на $0,1\text{--}0,5^{\circ}\text{C}$ выше, чем зимой).

Горячая еда и напитки способны повысить температуру в полости рта, поэтому измерение

температуры в полости рта проводят не менее чем через 30 минут после еды.

Дисбаланс между теплопродукцией и теплоотдачей с резким преобладанием теплопродукции называется **гипертермией** (тепловой удар, тиреотоксикоз, отравление ядами).

Лихорадка и гипертермия различаются тем, что во время **лихорадки** активность гипоталамуса (центра терморегуляции в головном мозге) и других механизмов температурного контроля направлена на *поддержание* высокой температуры тела, а при **гипертермии** — на ее *снижение*.

Лихорадку принято оценивать по степени повышения температуры тела, длительности лихорадочного периода и характеру температурной кривой.

По степени **повышения температуры лихорадки** делятся на 4 типа:

- ✓ **Субфебрильная:** 37,0–37,9 °C;
- ✓ **Умеренная фебрильная:** 38,0–38,9 °C;
- ✓ **Высокая фебрильная (пиретическая):** 39,0–40,9 °C;
- ✓ **Чрезмерная (гипертермическая, гиперпиретическая):** свыше 41,0 °C.

Так, **субфебрильная** температура встречается при бруцеллезе, токсоплазмозе, туберкулезе; **умеренно высокая или фебрильная** — при

тифо-паратифозных заболеваниях, инфекционном мононуклеозе, аденовирусной инфекции, орнитозе; **высокая, или пиретическая**, — при генерализованных формах менингококковой инфекции, лептоспирозе, трихинеллезе; **гиперпиретическая** (выше 41 °С) — при гриппе, сыпном тифе, малярии, сепсисе.

По продолжительности лихорадка подразделяется на острую (до 2 недель) и хроническую (свыше 2 недель).

В некоторых литературных источниках в этой классификации дополнительно выделяют **эфмерную** лихорадку (от нескольких часов до нескольких дней) и **подострую** — до 45 дней (тифо-паратифозные заболевания, инфекционный мононуклеоз, трихинеллез, малярия). **Хронической лихорадкой** здесь считается повышение температуры длительностью свыше 45 суток.

В зависимости **от характера температурной кривой** определяется:

✓ **Постоянная** лихорадка (febris continua) — характеризуется повышением температуры тела при ее суточных колебаниях не более 1 °С.

✓ **Послабляющая** лихорадка (febris remittens) — характеризуется повышением температуры тела, при котором суточные колебания температуры превышают 1 °С. Температура мо-

жет опускаться ниже 38 °С, но не достигает нормальных цифр.

✓ **Переменная** лихорадка (febris intermittens) — лихорадка, при которой в пределах суток чередуются периоды нормальной и повышенной температуры.

✓ **Извращенная** лихорадка (febris inversa) — лихорадка, при которой отмечается извращение суточного температурного ритма с более высокими подъемами температуры в утренние часы.

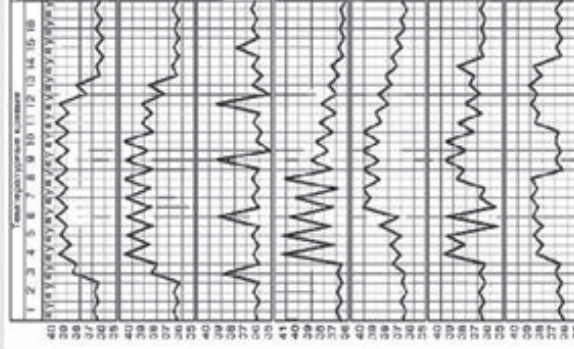
✓ **Иstoщая (гектическая)** лихорадка (febris hectica) — лихорадка, характеризующаяся подъемом температуры тела до высоких цифр с очень быстрым ее снижением. Возможно несколько эпизодов подъема температуры и ее падения в течение суток.

✓ **Неправильная** лихорадка (febris atypica) — лихорадка, при которой отсутствуют какие-либо закономерности.

Постоянная лихорадка (febris continua) — характерна для брюшного тифа, сальмонеллеза, иерсиниоза, крупозной пневмонии.

Послабляющая лихорадка (febris remittens) встречается при гнойных заболеваниях, бронхопневмонии, туберкулезе.

Типы температурных кривых



Постоянная (<i>Febris continua</i>)	Постоянно высокая т. суточные колебания менее 1°C	Крупозная пневмония, грипп, корь, скарлатина и брюшной тиф
Послабляющая (ремиттирующая) (<i>f. remittens</i>)	колебания $\uparrow > 1^{\circ}$, до нормы не снижается	Орнитоз, туберкулез, плевизмия
Переминаяющаяся (<i>f. intermittens</i>)	периоды нормальной и высокой т. а течение суток колебания 3-4°C	Малария, сепсис
Гемитическая (истощающая) (<i>f. hectica</i>)	высокая т. тела с различ. сменением различ. позывками выраж. суетливости колебания (3-5°C)	Сепсис, абсцессы внутренних органов, множественная мигрирующая
Извращенная (инвертированная) (<i>f. inversa</i>)	утренняя т° выше вечерней	туберкулез
Неправильная (анормальная) (<i>f. irregularis</i>)	без каких-либо закономерностей	сепсис
Возвратная (<i>f. recurrens</i>)	предварительная стадия длительностью в несколько дней	возвратный тиф
Волнообразная (интермиттирующая) (<i>f. undulans</i>)	постепенное нарастание т° до высоких цифр и затем постепенное снижение т° до субфебрильной (нормальной). Цикл повторяется через 3-3 недели	висцеральный лейшманиоз, бруцеллез, ЛГМ

Тто форме
температурной
кривой

Волнообразная
(интермиттирующая)
(*f. undulans*)

Рис. 1

Переमेжающая лихорадка (febris intermittens) — типична для малярии: 1-дневный период апирексии наблюдается при 3-дневной малярии, а 2-дневный — при 4-дневной малярии. При тропической малярии может быть послабляющая, перемежающаяся лихорадка или она бывает атипичной.

Двухфазный характер лихорадки типа «двугорбого верблюда» указывает на наличие одного заболевания с двумя определенными периодами лихорадки более одной недели. Классический пример — полиомиелит. Двухфазная лихорадка также наблюдается при лептоспирозе, лихорадке Денге, желтой лихорадке, африканской геморрагической лихорадке.

Извращенная лихорадка (febris inversa) — при туберкулезе, септических состояниях.

Истощая лихорадка (febris hectica) — при тяжелом течении туберкулеза, сепсисе, гнойных заболеваниях.

Неправильная лихорадка (febris atypica) — возникает при многих заболеваниях, таких как грипп, плеврит и т.п.

По форме температурной кривой различают **возвратную** (febris recurrens) — отличается правильной сменой высоколихорадочных

до 39–40 °С и безлихорадочных периодов продолжительностью до 2–7 суток (типична при возвратном тифе) и **волнообразную лихорадку** (febris undulans), так называемую лихорадку Пеля–Эбштейна, характеризующуюся постепенным нарастанием температуры до высоких цифр и постепенным снижением до субфебрильных или нормальных значений. Периоды повышения температуры и афебрильные периоды продолжаются от 3 до 10 суток. Подобная цикличность может оставаться регулярной в течение нескольких месяцев. Такой тип лихорадки возникает при висцеральном лейшманиозе, бруцеллезе, но в большей степени характерен для лимфогранулематоза. Следует подчеркнуть, что некоторых случаях болезни Ходжкина такая периодичность лихорадки может предшествовать появлению лимфаденопатии и спленомегалии и быть достаточной для постановки правильного диагноза.

Повторные волны лихорадки, более короткие, чем первая, наблюдают при рецидивирующих инфекционных болезнях. К ним относятся: брюшной тиф, паратифы А и В, малярия, бруцеллез, лептоспироз, туляремия, вшивый и клещевой возвратные тифы. Рецидив представляет собой повторение болезни, обусловленное тем же возбудителем. Развитию рецидива пред-

шествует период апирексии различной продолжительности (от нескольких дней до нескольких недель).

Необходимо различать **лихорадку инфекционного происхождения и лихорадку, не связанную с инфекцией** (см. главу «Острая лихорадка»).

Выделяют **3 стадии лихорадочного процесса:**



Скорость подъема температуры является важным дифференциально-диагностическим критерием лихорадки: **быстрый подъем** наблюдается при гриппе, сыпном тифе, малярии, а **постепенный**, в течение нескольких дней, — при брюшном тифе, инфекционном мононуклеозе, бруцеллезе и др.

Симптомы и синдромы, сопровожающие лихорадку

Повышение температуры может сопровождаться различными симптомами и синдромами, выявление которых поможет в дифференциальной диагностике лихорадочных состояний.

- ✓ **Интоксикационный синдром** (общее недомогание, слабость, разбитость, чувство ломоты во всем теле, боли в мышцах, суставах, нарушение сна и головная боль).
- ✓ **Нейротоксический синдром** (адинамия или возбуждение, угнетение сознания, судороги, делирий).
- ✓ **Катарально-респираторный синдром:** (заложенность носа, ринорея (слизистые, слизисто-гнойные выделения из носа), першение и/или боль в горле, гиперемия

ротоглотки, осиплость голоса, саднение по ходу трахеи, сухой надсадный кашель.

- ✓ **Синдром экзантем и энантем.**
- ✓ **Синдром ангины** (первичная, специфическая и вторичная).
- ✓ **Диспепсический синдром:** тошнота, рвота, диарея.
- ✓ **Синдром диареи.**
- ✓ **Синдром желтухи.**
- ✓ **Менингеальный синдром** (интенсивная головная боль, часто сочетающаяся с рвотой, гиперестезия кожи, специфическая менингеальная поза, ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского, симптом посадки, у детей раннего возраста — симптом Лесажа, выбухание большого родничка и др.).
- ✓ **Спленомегалия.**
- ✓ **Гепатолиенальный синдром** (увеличение печени и селезенки).
- ✓ **Локализованные и генерализованные лимфаденопатии.**

Отдельные симптомы при лихорадке:

- ✓ головная боль;
- ✓ озноб;
- ✓ мышечные боли;
- ✓ артриты и артралгии;

- ✓ инъекция сосудов склер;
- ✓ конъюнктивит;
- ✓ простой герпес;
- ✓ тахикардия.

Сезонность характерна для многих инфекционных болезней, и выделение групп заболеваний в зависимости от этого показателя помогает в постановке диагноза.

Четко выраженная (**облигатная**) **сезонность** отмечается при инфекционных болезнях с трансмиссивными путями передачи и обусловлена жизненным циклом переносчиков.

К таким болезням относятся: клещевой энцефалит, боррелиоз, клещевой сыпной североазиатский тиф, лейшманиозы, малярия (местная). При некоторых инфекционных болезнях сезонность четко выражена, но не является обязательной (**факультативная**). Например, грипп и эпидемический паротит, как правило, характеризуются зимне-весенней сезонностью. Очень редко встречаются летом. Для других болезней типична летняя сезонность (дизентерия, лептоспироз, сальмонеллезы и прочие), энтеровирусные болезни чаще встречаются в конце лета — в начале осени. Наибольшее число случаев ГЛПС регистрируется с мая по октябрь-ноябрь с максимальным подъемом в июне-сентя-

бре, что обусловлено увеличением численности грызунов, частыми посещениями леса, выездами на рыбалку, сельскохозяйственными работами. Вспышка в ноябре связана с миграцией грызунов в жилые помещения.

Основные виды лихорадки

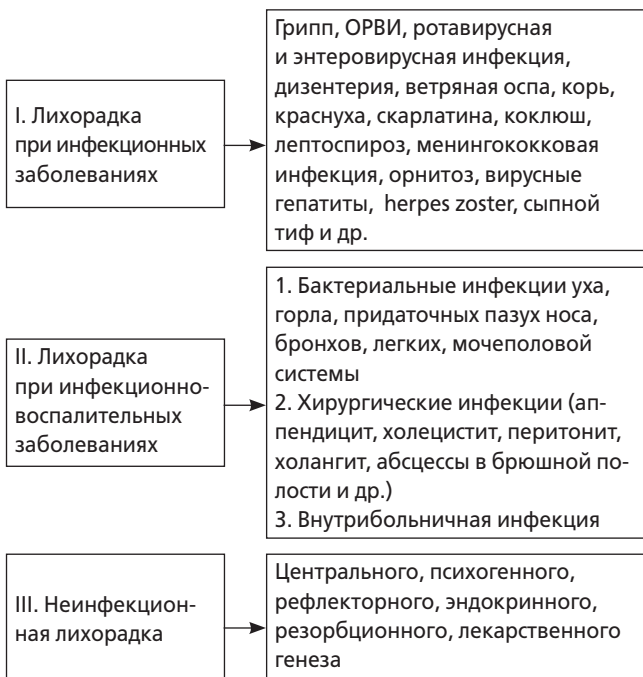
С практической точки зрения лихорадочные состояния удобно подразделять на 2 категории: острые и хронические.

Острая лихорадка констатируется в случаях повышения температуры тела в сроки до 15 дней.

Причины развития острой лихорадки:

- ✓ инфекционные заболевания;
- ✓ инфекционно-воспалительные заболевания;
- ✓ неинфекционные заболевания.

В большинстве случаев причиной острой лихорадки становятся **инфекционные заболевания**. В типичных случаях они быстро заканчиваются выздоровлением, и точный диагноз установить не удастся. Как правило, недиагностированные остропротекающие инфекционные болезни бывают вирусного происхождения. Нецелесообразно проводить тесты на все извест-



ные вирусы, так как существует значительное количество неустановленных вирусов, патогенных для человека. Для большинства ОРВИ характерна лихорадка менее пяти дней, а при ее пролонгировании следует думать о бактериальных осложнениях, которые переходят в раздел инфекционно-воспалительных лихорадок. Их

просто диагностировать на основании знания особенностей клинической картины и данных параклинических методов обследования. Кроме того, эти инфекции хорошо поддаются химиотерапевтическому лечению. Вместе с тем некоторые ОРВИ могут характеризоваться более длительной лихорадкой: до 10–14 дней. К таким ОРВИ относятся, например, аденовирусная и энтеровирусная инфекция.

Для инфекционных болезней характерны:

Острое начало и общеинфекционные симптомы:

- ✓ интоксикация¹;
- ✓ сыпь;
- ✓ лимфаденопатия;
- ✓ гепатолиенальный синдром;
- ✓ желтуха;
- ✓ диспепсия;
- ✓ катарально-респираторный синдром;
- ✓ дизурия, боль в пояснице;
- ✓ менингеальные знаки;
- ✓ миалгии, артралгии;
- ✓ уровень лейкоцитов выше 12 000 или ниже 5000 в 1 мм³.

¹ Без проявлений интоксикации не может быть инфекционного заболевания, но бывают инфекции без лихорадки (ботулизм и др.).

NB! Для инфекционного характера лихорадки необходимо сочетание нескольких признаков, при этом интоксикация наблюдается всегда.

1. Патогномоничные признаки (например, *пятна Бельского-Филатова-Коплика при кори*)

- ✓ пятна Вольского-Филатова-Коплика на слизистой ротовой полости характерны для кори;
- ✓ особый кашель — судорожный с репризами — характерен для коклюша;
- ✓ опистотонус — характерный симптом столбняка;
- ✓ водобоязнь — отличительная черта бешенства;
- ✓ визикулезная сыпь по ходу нервных столбов — менингококковая инфекция.

Ни один из перечисленных симптомов не является специфичным только для инфекционных болезней. Большинство из этих признаков отмечают и при неинфекционных заболеваниях, например при остром лейкозе или системной красной волчанке. Заподозрить инфекционную патологию позволяет сочетание нескольких перечисленных признаков и эпиданамнез:

1) в каком населенном пункте проживает пациент, как давно, откуда приехал, каким видом транспорта;

2) не было ли в доме гостей из других регионов;

3) пребывание в организованном коллективе (школы, детские сады);

4) проживание в общежитии, воинской части и др.;

5) контакт с больными воздушно-капельными инфекциями;

6) наличие схожих симптомов у контактных лиц;

7) сведения о вакцинации;

8) путешествия в тропические страны или в районы, эндемичные по инфекционным болезням;

9) пребывание в районах стихийных бедствий;

10) сезонность;

11) зоонозные болезни (контакт с крупным рогатым скотом, овцами, собаками, кошками, грызунами, птицами);

12) личные увлечения (охота, рыбалка) и гастрономические предпочтения;

13) данные о сексуальном партнере.

NB! Отсутствие сведений о контактах с больными инфекционными заболеваниями НЕ исключает наличия у больного инфекционной патологии.

ЗНАЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ И СИНДРОМОВ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ЛИХОРАДКИ

Наличие конкретных клинических симптомов и синдромов помогает в дифференциальной диагностике лихорадки и позволяет диагностировать основное заболевание.

Синдром экзантем

Поражение кожи (**экзантема**) и слизистых оболочек (**энантема**) отмечается при многих инфекционных болезнях и имеет большое значение в постановке диагноза. Однако экзантема может появляться и при соматических заболе-

ваниях — аллергические сыпи лекарственного и пищевого генеза, болезнь Верльгофа, Шенлейн-Геноха.

Наибольшее диагностическое значение имеют первичные (розеола, пятно, эритема, геморагия, папула, бугорок, узелок, пузырь, везикула, пустула, волдырь), реже — вторичные элементы (чешуйка, корочка, пигментация, язва, рубец).

Так, **точечная экзантема** характерна для скарлатины, псевдотуберкулеза, стафилококковой инфекции, потницы.

Пятнистая сыпь выявляется при кори, краснухе, энтеровирусной инфекции, инфекционной эритеме Розенберга и Тшамера.

Макулезная сыпь (стрептококки, микоплазмы, парвовирусы, Коксаки, хламидии, тиф).

Макулопапулезная (корь, краснуха, цитомегаловирус, гепатит В, ротавирусы, риккетсии иерсинии, сифилис, глисты).

Крапивница (вирус Эпштейна-Барр, микоплазмы, шигеллы, иерсинии, малярия, лямблии, трихомонады, все глистные инвазии).

Папулезная или узловатая (микобактерии, трепонемы, лейшмании, кандиды).

Везикулярная (ветряная оспа, Коксаки А4, 5, 8, 10, 16, В1, 2, 3; стрептококки, стафилококки).



Везикулезно-пустулезная сыпь определяется при ветряной оспе, оспе обезьян, герпетической инфекции, стрептодермии.

Петехии/пурпура (болезнь Шенлейн-Геноха, цитомегаловирус, Коксаки А4, 9, В2–4, ротавирусы, риккетсии, микоплазмы, нейссерии, борелии, токсоплазмы).

Смешанные экзантемы выявляются при тифо-паратифозных заболеваниях, сыпном тифе, токсикодермиях.

ВАЖНО! Инфекционные экзантемы сопровождаются **лихорадкой и интоксикацией.**

Осмотр: экзантема



Точечная экзантема
скарлатина



Пятнистая сыпь
корь



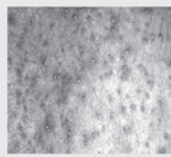
Макулезная сыпь
брюшной тиф



Везикулярная сыпь
ветряная оспа



Петехии
цитомегаловирус



Папулезная сыпь
микобактериоз

Необходимо выяснить наличие контактов с инфекционными больными с подобными клиническими проявлениями, определить характер элементов, их преимущественную локализацию, оценить порядок высыпания, например поэтапное высыпание (при краснухе и кори) и исчезновение сыпи, наличие последующего шелушения (чешуйчатого при кори и пластинчатого при скарлатине) и пигментации кожи на месте исчезнувшего элемента (сыпной тиф).

Следует обращать внимание на наличие одновременно с экзантемой соответствующего типа энантемы (сыпной тиф, корь, ветряная оспа). При некоторых заболеваниях они появляются еще в продромальном периоде. Например, патогномоничный синдром при кори — пятна Бельского-Филатова-Коплика.

Синдром желтухи

В настоящее время дифференциальной диагностике синдрома желтухи участковые врачи уделяют недостаточно внимания, а имеющийся клинический симптомокомплекс, эпидемиологические и анамнестические данные в большинстве случаев анализируются поверхностно. Следствием этого является гипердиагностика

вирусных гепатитов и практически, всех больных с синдромом желтухи направляют в инфекционный стационар.

Дифференциальная диагностика желтухи требует от врача знания возможных причин ее развития. Согласно классификации А.Ф. Блюгера (1968) выделяют следующие виды желтух:

- ✓ **надпеченочные**, связанные с повышенным распадом эритроцитов;
- ✓ **печеночные**, обусловленные поражением гепатоцитов;
- ✓ **подпеченочные**, вызванные нарушением проходимости желчевыводящих протоков.

При сочетании лихорадки и желтухи терапевту поликлиники в первую очередь следует предположить наличие печеночной (паренхиматозной) желтухи, которая может быть как проявлением вирусных гепатитов, так и синдромом других инфекционных заболеваний (лептоспироза, инфекционного мононуклеоза, иерсиниоза).

При диагностике вирусных гепатитов необходимо учитывать эпидемиологический анамнез (наличие контакта с желтушными больными, гемотрансфузий, манипуляций, спрово-

ждающихся повреждением целостности кожи и слизистых, в том числе татуировки, пирсинг), длительность инкубационного периода, динамику заболевания, клинические данные, результаты биохимических и иммунологических лабораторных показателей.

При подозрении на надпеченочную (гемолитическую) и подпеченочную (механическую) желтуху рекомендованы консультация соответствующих специалистов и госпитализация в стационар для проведения окончательной диагностики.

Лимфаденопатия

Увеличение лимфатических узлов в сочетании с повышением температуры имеет существенное значение в дифференциальной диагностике лихорадок. Лимфаденопатия может быть острой и хронической, местной (локализованной) и генерализованной. Постановке диагноза помогут следующие положения:

- ✓ генерализованная лимфаденопатия встречается при:
 - **вирусных инфекциях** (цитомегаловирусная, вирус Эпштейна-Барр (ин-

фекционный мононуклеоз), аденовирусная, ВИЧ);

- туберкулезе, бруцеллезе, токсоплазмозе;
- синдроме (болезни) Кавасаки;
- лейкозах, лимфомах, системных заболеваниях.

✓ **Локализованная лимфаденопатия** подразделяется в зависимости от локализации. Следует обратить особое внимание на следующие группы лимфоузлов:

- **лимфаденопатия затылочной области** в первую очередь предполагает краснуху, а также неспецифическую инфекцию волосистой части головы;
- **Мезадениитом** сопровождаются заболеваниями, вызванные:
 - вирусами (энтеровирус, аденовирус, цитомегаловирус, вирус герпеса, вирус Эпштейна-Барр);
 - специфическими бактериями (иерсинии, микобактерия туберкулеза);
 - неспецифическими бактериями (стафилококки, стрептококки, кампилобактерии, кишечная палочка, сальмонелла).
- **Лимфаденопатия паховой области** часто обусловлена заболеваниями, передающимися половым путем;

- Локальное увеличение лимфоузлов может быть проявлением лимфом и метастазов.
- ✓ Формирование **бубонов** (значительно увеличенных регионарных к воротам инфекции лимфатических узлов) возможно при болезни кошачьей царапины, содоку, туляремии и чуме.

Менингеальный синдром

При наличии у больного менингеального синдрома важно определить, имеется ли у него менингит или какое-либо другое симулирующее его заболевание. Так, одновременное возникновение лихорадки и менингеального синдрома свидетельствует об инфекционной этиологии заболевания и может быть связано с менингококковой инфекцией, лептоспирозом, эпидемическим паротитом, туберкулезом или гнойным менингитом, распространяющимся из воспалительного очага, соприкасающегося с мозговыми оболочками (гнойный отит, мастоидит, фронтит, абсцесс мозга, тромбоз мозговых синусов). В то же время позднее присоединение гипертермии характерно для менингеального синдрома другого генеза (объемный процесс головного

мозга (опухоль, травма), субарахноидальное кровоизлияние и т.д.).

ВАЖНО! Отсутствие интоксикации, субфебрильная температура, постепенное нарастание проявлений менингеального синдрома в течение нескольких суток, отсутствие одного из симптомов триады, характерной для менингитов (лихорадка, головная боль, рвота), особенно лихорадки, даже при положительных менингеальных симптомах, нетипично для первичных менингитов.

Раздражение мозговых оболочек, не связанное с воспалительным процессом, называется **менингизмом** (интоксикация на фоне гриппа, сыпного тифа, рожистого воспаления, пищевых токсикоинфекций и др.), кровоизлияний под оболочки.

Больные с менингеальным синдромом подлежат обязательной госпитализации (в горизонтальном положении), чаще всего в инфекционный стационар, так как установить окончательную причину менингеального синдрома возможно только в условиях стационара с учетом клинических, ликворологических данных и других параклинических методов исследования.

Грубой врачебной ошибкой является тактика наблюдения больных с менингеальным синдромом на дому, несмотря на возникшее у врача подозрение на менингит. Быстротечность болезни, как это наблюдается при молниеносном менингококковом сепсисе, в считанные часы может привести к летальному исходу.

Синдром ангины

До настоящего времени с термином «ангина» связывают многие патологические состояния в области ротоглотки, которые имеют общие симптомы, но часто совершенно различны по этиологии. Исходя из этого ангины подразделяют на три категории: первичные, специфические и вторичные.

Под первичной ангиной, как самостоятельной нозологической формой, понимают острое общее инфекционное заболевание, вызываемое чаще всего бета-гемолитическим стрептококком группы А, характеризующееся лихорадкой, интоксикацией, воспалительными явлениями лимфоидного кольца глотки, чаще всего нёбных миндалин, с реактивными изменениями лимфатических узлов шеи.



Специфические ангины вызываются внедрением в лимфоидные образования глотки какой-нибудь специфической инфекции — дифтеритической, фузоспирилезной (ангина Симановского-Плаута-Венсана), грибковой и др.

Вторичные, то есть симптоматические, ангины расцениваются как синдром основного заболевания при острых (скарлатина, корь, инфекционный мононуклеоз, туляремия, листериоз) и хронических инфекционных заболеваниях (таких как туберкулез и сифилис); а также при заболеваниях кроветворных органов (лейкоз, агранулоцитоз). В диагностике этих ангин имеет значение знание клинической картины заболеваний, сопровождаемых синдромом ангины.

Наибольшие дифференциально-диагностические трудности для врачей поликлиники представляют **лакунарная ангина** и **дифтерия зева**. Тем более что в настоящее время дифтерия чаще наблюдается у подростков и взрослых. В отличие от лакунарной ангины при локализованной форме дифтерии ротоглотки симптомы интоксикации и лихорадка выражены умеренно, менее выражен болевой синдром. На фоне застойной гиперемии на миндалинах появляются фибринозные налеты, которые выступают над уровнем миндалин и не снимаются шпателем.

При малейшем подозрении на дифтерию ротоглотки больного направляют в инфекционный стационар.

Особенно **сложно проводить дифференциальную диагностику между паратонзиллярным абсцессом и токсической дифтерией ротоглотки**, где нужны неотложные лечебные мероприятия в условиях стационара: в первом случае — вскрытие абсцесса, а во втором — срочное введение противодифтерийной сыворотки в достаточной дозе. В отличие от флегмонозной ангины при токсической дифтерии ротоглотки отсутствует тризм жевательных мышц, и больной в состоянии открыть рот, что позволяет врачу провести осмотр ротовой части глотки. При паратонзиллярном абсцессе проведение этой манипуляции затруднено. Кроме того, при флегмонозной ангине в противоположность токсическому отеку при дифтерии резко выражена воспалительная реакция, значительно увеличены и болезненны регионарные лимфатические узлы, температура тела повышена, процесс чаще всего односторонний и сопровождается сильной болезненностью при глотании и гиперсаливацией.

Помимо дифтеритической ангины другие специфические ангины имеют свои клинические особенности. Так, при ангине Симановско-

го-Плаута-Венсана на фоне слабо выраженной интоксикации и лихорадки, при отсутствии болевого синдрома на миндалинах развивается односторонний язвенно-некротический процесс. Грибковая ангина чаще всего возникает у детей раннего возраста после продолжительного лечения антибиотиками и химиопрепаратами и характеризуется наличием на миндалинах рыхлых («творожистых») островчатых налетов на фоне слабо выраженной интоксикации и субфебрильной температуры.

Синдром диареи

На раннем этапе амбулаторной диагностики острых кишечных инфекций необходимо разграничение синдрома диареи инфекционного и неинфекционного происхождения. В разграничении инфекционной и неинфекционной диареи большая роль отводится **эпидемиологическому анамнезу**:

- ✓ прием недоброкачественной пищи;
- ✓ употребление сырой воды из подозрительных источников;
- ✓ несоблюдение правил личной гигиены;
- ✓ наличие больных кишечными инфекциями в семье, на работе.

В дифференциальной диагностике синдрома диареи важны сведения о перенесенных в прошлом кишечных инфекциях и сопутствующей патологии, особенно со стороны системы пищеварения. Известно, что лица, страдающие хроническим гастритом, особенно с пониженной секреторной функцией, гастродуоденитом, холециститом, хроническим панкреатитом, а также имеющие глистные и протозойные инвазии, более подвержены заболеванию острыми кишечными инфекциями.

В амбулаторных условиях установить этиологический диагноз диарейного заболевания трудно. В этой ситуации наиболее оправдана постановка синдромального диагноза, отражающего преимущественное поражение того или иного отдела желудочно-кишечного тракта: гастрит, энтерит, энтероколит, колит и гастроэнтероколит. У детей до года при наличии признаков инфекционной диареи правомочен диагноз «острая кишечная инфекция».

- ✓ **Синдром гастрита и гастроэнтерита** характерен для сальмонеллеза и пищевых токсикоинфекций.
- ✓ **Синдром энтерита** — для холеры, эшерихиоза, иерсиниоза, кампилобактериоза, ротавирусной и энтеровирусной инфекций.

- ✓ **Синдром колита** развивается при шигеллезе, кишечном амебиазе, балантидиазе, лямблиозе, неспецифическом язвенном колите.

Этиологический диагноз при легких формах инфекционной диареи, где госпитализация больных необязательна, может быть установлен в условиях поликлиники после бактериологического и серологического исследования. При госпитализации больных со среднетяжелыми и тяжелыми формами кишечных инфекций окончательный диагноз устанавливается в стационаре с учетом эпидемиологических, клинических и параклинических данных.

Причиной диареи неинфекционного происхождения может быть:

- ✓ отравление ядовитыми грибами и солями тяжелых металлов,
- ✓ хирургическая патология:
 - острый аппендицит;
 - острый панкреатит;
 - тромбоз мезентериальных сосудов;
 - острая инвагинация кишечника;
 - дивертикулит кишечника;
 - опухоли кишечника.

Гепатоспленомегалия, или гепатолиенальный синдром встречается при разных па-

тологических состояниях. Сочетание этого синдрома с лихорадкой может быть при следующих ситуациях:

- ✓ **инфекционные заболевания** (вирусные гепатиты, малярия, лейшманиоз, бруцеллез, инфекционный мононуклеоз);
- ✓ **паразитарные заболевания** — аскаридоз, эхинококкоз, амебиаз, лямблиоз.

Из неинфекционных причин гепатоспленомегалией сопровождаются:

- ✓ патология печени (цирроз, опухоль и метастатическое поражение);
- ✓ гематологические заболевания (лейкозы, анемии, лимфомы).

Отдельные симптомы при лихорадках

Знание особенностей проявления отдельных («наводящих») симптомов, сопутствующих лихорадке, а также патологии, которая ими сопровождается, существенно помогает в постановке диагноза.

Озноб. Важно отличить истинную дрожь, сопровождаемую стуканием зубов и тряской в постели, от ощущения дрожи, которое возникает практически при всех лихорадках, особенно ви-

Симп- том	Особенности проявления	Предполо- жительный диагноз
Головная боль	→ Головная боль в первые 1–2 дня, сопровождающаяся ознобом, слабостью, чувством ломоты	→ Грипп
	→ Головная боль интенсивная, сопровождающаяся рвотой «фонтаном», не приносящей облегчения, кровоизлияниями на коже, гиперакузией, гиперестезией	→ Менингит, энцефалит
	→ Упорная головная боль с головокружением, нарушение сна	→ Сыпной или брюшной тиф
Боль в мыш- цах	→ Резкая боль в икрожных мышцах, желтуха, олигурия	→ Лептоспироз
	→ Выраженная боль в пояснице, рвота, олигурия	→ ГЛПС
Пораже- ние глаз	→ «Розовый глаз» – конъюнктивит, слезотечение, ощущение инородного тела в глазу, иногда гнойные выделения	→ Адено- вирусная инфекция
	→ Инъецированы сосуды склер, гиперемия кожи лица, шеи, верхней половины грудной клетки («красные глаза на красном лице»), оловная боль розеолезно-папулезная сыпь	→ Сыпной тиф
	→ Кожа лица и шеи красная, лицо одутловатое, конъюнктивы красные (глаза «ныряльщика»), желтуха, олигурия	→ Лептоспироз

русного происхождения. В редких случаях виремия также сопровождается истинным ознобом.

Однократный озноб возможен, например, при крупозной пневмонии, при переливании несовместимой крови как реакция на чужеродный белок.

Настоящие повторные потрясающие ознобы наблюдаются при следующих состояниях:

- ✓ Гнойная инфекция различного происхождения, в том числе с bacterиемией (гнойные заболевания легких, мочеполовой системы (пиелонефрит), желчного пузыря и желчных протоков (холангит)).
- ✓ Сепсис, инфекционный эндокардит, менингококковый менингит, рожистое воспаление, малярия, лептоспироз.

Озноба никогда не бывает при истинном ревматизме!

Озноб можно наблюдать и при неинфекционных (онкологических) заболеваниях, таких как гипернефрома, лейкозы, ЛГМ.

Простой герпес. Герпетические лихорадки часто возникают при пневмококковой инфекции, стрептококках, малярии, менингококкемии и риккетсиозах, однако редко встречаются при микоплазменной пневмонии, туберкулезе, бруцеллезе и брюшном тифе.

Причиной их появления является активация латентно существовавшего вируса простого герпеса, вызванная повышением температуры.

Делирий. Повышение температуры тела может приводить к делирию у больных алкоголизмом, лиц пожилого возраста или пациентов с цереброваскулярной патологией.

Судороги (судорожные припадки) при повышении температуры чаще возникают у детей, особенно с указаниями на эпилепсию в анамнезе.

Вспомогательный диагностический признак — отклонение ЧСС по отношению к температуре.

Правило Эйткена-Вундерлиха-Либермейстера: повышение температуры на 1°C приводит к учащению пульса в среднем на 10–12 ударов в 1 мин.

В ряде случаев при повышении температуры тела ЧСС может и не увеличиваться или увеличение ЧСС «отстает» от повышения температуры. Это носит название **температурно-пульсовой диссоциации** или **относительной брадикардии**.

Температурно-пульсовая диссоциация встречается при:

- ✓ брюшном тифе;

- ✓ сальмонеллезе;
- ✓ бруцеллезе;
- ✓ легионеллезе («болезни легионеров»);
- ✓ микоплазменной пневмонии;
- ✓ крымской геморрагической лихорадке;
- ✓ геморрагической лихорадке с почечным синдромом;
- ✓ Ку-лихорадке;
- ✓ вирусном гепатите в период выраженной желтухи;
- ✓ орнитозе;
- ✓ менингите с повышенным внутричерепным давлением;
- ✓ лекарственной лихорадке и симуляции.

Диссоциация температуры и пульса может быть также следствием применения препаратов дигиталиса или β -блокаторов (т.е. иметь ятрогенную природу).

Относительная тахикардия встречается при сыпном тифе (пульс «обгоняет» температуру)

Острая лихорадка при инфекционно-воспалительных заболеваниях сопровождается:

- ✓ Симптомами основного заболевания (пневмония, холецистит, пиелонефрит и пр.).
- ✓ Интоксикацией.

- ✓ Тахикардией, тахипноэ.
- ✓ Воспалительными изменениями в периферической крови (лейкоцитоз, ускорение СОЭ).
- ✓ Признаками системной воспалительной реакции (прокальцитонин, СРБ).
- ✓ Положительным эффектом при назначении антибактериальных средств.

ВАЖНО! Дифференцировать «**воспалительную**» и «**невоспалительную**» лихорадку помогает сочетание клинической картины инфекционного заболевания с лабораторными показателями, указывающими на наличие воспаления.

Упрощает диагностику следующее положение:
Самые **частые причины лихорадки** при инфекционно-воспалительных заболеваниях:

- ✓ Ангина, отит, синуситы.
- ✓ Пневмония.
- ✓ Холангит.
- ✓ Пиелонефрит.
- ✓ Абсцесс брюшной полости.

1. Лихорадка, обусловленная бактериальными инфекциями

Лихорадка с признаками ангины сопровождается болью при глотании, гиперемией зева, нале-



тами на миндалинах, увеличением регионарных лимфоузлов, у маленьких детей — слюнотечением. В условиях поликлиники врачу в подавляющем большинстве случаев приходится встречаться с первичными ангинами, которые подразделяются на катаральные, фолликулярные и лакунарные. Частая причина обращений — обострение хронического тонзиллита. Осложнением этих заболеваний является паратонзиллит, а в фазе нагноения — паратонзиллярный абсцесс (флегмонозная ангина).

Лихорадка с признаками отита — боль в ухе, усиливающаяся при давлении на козелок; при перфорации барабанной перепонки — выделение гноя.

Лихорадка с признаками синуситов — головная боль, боль в проекции придаточных пазух носа, затруднение носового дыхания, гнойные и кровянистые выделения из носа.

Лихорадка с признаками пневмонии сопровождается кашлем, плевральной болью, физикальными признаками уплотнения легочной ткани (укорочение перкуторного звука, бронхиальное дыхание, бронхофония и голосовое дрожание, локальные влажные мелкопузырчатые звонкие хрипы, крепитация).

Для диагностики пневмонии имеют значение сопутствующие заболевания и неблагоприятные

факторы, в том числе: ХОБЛ, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, хроническая недостаточность кровообращения, мерцательная аритмия, инфаркт миокарда в анамнезе, перенесенный инсульт, хроническая алкогольная интоксикация, хронические заболевания печени, злокачественные новообразования, перенесенная спленэктомия, психические нарушения, алиментарное истощение, нарушение глотания, госпитализации в течение предшествующего года.

Лихорадка с признаками пиелонефрита в клинической картине доминируют жалобы на односторонние боли в пояснице, изменение характера и цвета мочи, дизурию. В анамнезе мочекаменная болезнь, сахарный диабет, ДГПЖ, длительная иммобилизация.

Лихорадка с признаками холангита сопровождается желтухой, болями в правом подреберье, увеличением печени. В анамнезе указания на желчнокаменную болезнь, ожирение или ранее перенесенные операции на желчных путях.

Лихорадка с признаками формирования внутрибрюшных гнойников. Имеют значение боли в животе любой локализации, локальная болезненность при пальпации живота, пальпируемый инфильтрат. В анамнезе травма живота или хирургические операции, а также боли в животе неясного происхождения.

Причины лихорадки у больных, находящихся в стационаре

Нозокомиальная инфекция

- Дыхательных путей (пневмония, в том числе вентилятор-ассоциированная (ВАП))
- Мочевыводящих путей
- Раневые инфекции
- Ангиогенные инфекции (катетер-ассоциированные, эндокардит)
- Инфекции желудочно-кишечного тракта (в том числе инфекция, вызванная *C. difficile*)

Осложнения медицинских манипуляций

Постинъекционные абсцессы, лихорадка после бронхоскопии, переливания крови, гемодиализа

Лихорадка резорбтивного генеза

Кровоизлияния, инфаркт миокарда

Лекарственная лихорадка

Лекарства, вызывающие лихорадку осложнения АБ-терапии, в том числе грибковая инфекция

Тромботические осложнения

Тробофлебиты, ТЭЛА, инфарктная пневмония

2. Хирургические инфекции (холецистит, аппендицит, перитонит и др.) диагностируют на основании особенностей клинической картины и данных дополнительных методов исследования, требуют госпитализации в стационар.

3. Острой лихорадкой могут сопровождаться **нозокомиальные инфекции**, осложнения медицинских манипуляций, заболевания, сопровождаемые кровоизлиянием в различные органы и ткани, например, инфаркты легких, головного мозга, тромботические осложнения, а также назначение некоторых медикаментов (см. «Лекарственная лихорадка»). Такие лихорадки могут возникать у госпитализированных больных и пациентов, недавно выписанных из стационара.

Больная С., 76 лет, госпитализирована в хирургическое отделение многопрофильного стационара с диагнозом: «Тонкокишечная непроходимость». Ухудшение состояния в течение 3 дней, когда появились боли в животе, тошнота, рвота. Известно, что пациентка много лет наблюдалась в поликлинике с диагнозом: «ИБС: пароксизмальная форма фибрилляции предсердий».

Фон: Гипертоническая болезнь, ожирение II, сахарный диабет II типа.



Сопутствующая патология: хроническая ишемия головного мозга.

Состояние при поступлении средней тяжести. Температура тела — 36,6 °С. Кожа обычной окраски и влажности. Отеков нет. ЧДД — 16 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД — 130/80 мм рт. ст., ЧСС — 72 удара в минуту. В анализе крови Hb 140 г/л, L — $9,1 \times 10^9$ л, СОЭ — 5 мм/ч. Рентгенография органов грудной клетки при поступлении без патологии.

В экстренном порядке больной выполнена операция лапаротомии с рассечением спаек.

Течение послеоперационного периода осложнилось развитием нозокомиальной инфекции: на 5-е сутки появилась гектическая лихорадка до 38,9 °С, потрясающие ознобы длительностью до 30 минут, возникающие с частотой 3–4 раза в сутки.

При осмотре обращали на себя внимание бледность кожи, отек правой руки, уплотнение и покраснение кожи в месте установки подключичного катетера справа. В анализе крови выявлены анемия легкой степени (Hb 92 г/л), лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (L — $14,1 \times 10^9$ л, п/я — 20), ускорение СОЭ до 60 мм/ч, гипопроteinемия: общий белок — 44 г/л. При контрольной рентгенографии грудной клетки в S4 левого легкого выявлено образование шаровидной формы с нечетким контуром d 18 мм. Эхокардиографические признаки умерен-

ной легочной гипертензии. КТ-картина септической пневмонии, правостороннего гидроторакса. Образование S4 печени (абсцесс). В посеве крови: *Staphylococcus aureus ssp.aureus*.

Таким образом, диагностирован сепсис. Назначен Линезолид 600 мг в/в 2 раза в сутки.

III. Помимо лихорадки воспалительного происхождения бывает **неинфекционная лихорадка** (без признаков воспаления), обусловленная другими причинами, в том числе **центрального, психогенного, рефлекторного, эндокринного, резорбтивного, лекарственного генеза.**

Диагностическими критериями неинфекционной лихорадки являются:

- ✓ хорошая переносимость лихорадки;
- ✓ отсутствие озноба (возможно чувство «жара» в период повышения t);
- ✓ температурное картирование (измерение t в 5 точках выявляет асимметрию);
- ✓ отсутствует адекватное учащение пульса повышению температуры (правило Эйткена-Вундерлиха-Либермейстера);
- ✓ отсутствует эффект от жаропонижающих препаратов (*парацетамоловый тест*).

**Острая лихорадка неинфекционной природы
бывает при следующих состояниях:**

Иммунный
генез

Диффузные заболевания
соединительной ткани, васкулиты,
аллергические болезни

Центральный
генез

Повреждение различных отделов
ЦНС — кровоизлияние, опухоль,
травма, отек мозга, дефекты развития

Рефлекторный
генез

Болевой синдром при мочекаменной,
желчнокаменной болезни,
раздражении брюшины

Резорбционный
генез

Ушиб, сдавление, разрез, ожог,
некроз, асептическое воспаление,
синдром Дресслера

Медикаментоз-
ный генез

Энтеральное или парентеральное
введение ксантиновых препаратов,
гиперосмолярных растворов,
антибиотиков, дифенина,
сульфаниламидов и др.

Эндокринный
генез

Гипертиреоз, феохромоцитома

Заслуживают внимание группы медикаментов, вызывающих **лекарственную** лихорадку:

- ✓ **антимикробные** (пенициллины, цефалоспорины, тетрациклины, изониазид, эритромицин и др.);
- ✓ **цитостатические** (блеомицин, аспарагиназа, прокарбазин);
- ✓ **сердечно-сосудистые** (альфаметилдопа, хинидин, прокаинамид, гидралазин, каптоприл, гидрохлортиазид, нифедипин);
- ✓ **препараты, действующие на ЦНС** (карбамазепин, хлорпромазин, галоперидол, тиоридазин);
- ✓ **противовоспалительные** (аспирин, ибупрофен, толметин);
- ✓ **различные группы:** йодистые, антигистаминные, аллопуринол, атропин, левамизол, метоклопрамид, циметидин и др.

Диагностические критерии лекарственной лихорадки:

- ✓ отсутствие инфекционного и соматического заболевания;
- ✓ хорошая переносимость;
- ✓ отсутствие корреляции между высотой лихорадки и ЧСС;
- ✓ незначительная эозинофилия;

- кореподобная сыпь;
- гипотония.

NB! Если лихорадка сохраняется через 7 дней после отмены препарата, то лекарственная природа лихорадки маловероятна.

Лихорадочные состояния неинфекционной природы составляют подавляющее меньшинство.



ХРОНИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА

Длительная (хроническая) лихорадка — повышение температуры тела свыше 37°C (при измерении в подмышечной впадине) сроком свыше 15 дней.

Хроническая лихорадка сопровождает многие заболевания, часть из которых своевременно диагностируется, и тогда лихорадка является одним из синдромов в клинике основного заболевания. Но особый интерес представляют ситуации, когда лихорадка является — единственное проявление болезни, а точный диагноз остается неясным в течение недель и даже месяцев.

Основными видами такой лихорадки являются **длительный субфебрилитет** и **лихорадка неясного генеза**.

- ✓ **Длительный субфебрилитет** — «беспричинное повышение» температуры тела от $37-38,0^{\circ}\text{C}$, длящееся более трех недель,

нередко годы, и часто являющееся единственной жалобой больного.

- ✓ **Лихорадка неясного генеза (ЛНГ)** — повышение t свыше $38,0^{\circ}\text{C}$ более трех недель или периодические подъемы в течение этого времени при неясности диагноза после проведения общепринятых (рутинных) исследований в течение 3 амбулаторных визитов или недельного обследования в стационаре.

Данные состояния имеют схожие причины, но в 75–85% случаев под ЛНГ замаскирована «**большая тройка**»: генерализованные или локальные инфекции (30–50%), злокачественные новообразования (20–30%) и системные заболевания соединительной ткани (10–20%). Еще 15–20% приходится на другие заболевания и примерно в 10–15% случаев причина лихорадки неясного генеза так и остается неизвестной.

В противоположность этому **длительный субфебрилитет** часто обусловлен **неинфекционными причинами** (*физиологическими*: предменструальный синдром, беременность; *эндокринными*: тиреотоксикоз, гипоталамический синдром с нарушением терморегуляции; НЦД, железодефицитная анемия и др.).

Основные разногласия в литературе относительно лихорадки неясного генеза возникают из-за различного выбора критериев ее определения и классификации.

Так, по определению R.G. Petesdorf (1961 г.) и Р.В. Beeson, **лихорадка неясного происхождения** («fever of unknown origin») — это неоднократные подъемы температуры тела выше 38,3°C на протяжении более 3 недель, если их причина остается неясной после недельного обследования в стационаре.

Согласно классификации (Roth A.R., Basello G.M., 2003), выделяют 4 группы ЛНГ:

- 1) **«классическая»** (представлена инфекционными, онкологическими заболеваниями и диффузными заболеваниями соединительной ткани);
- 2) **нозокомиальная ЛНГ**;
- 3) **ЛНГ на фоне нейтропении**;
- 4) **ЛНГ, связанная с ВИЧ-инфекцией**.

Терапевт в абсолютном большинстве случаев сталкивается с классическими причинами синдрома ЛНГ (ЛНГ 1).

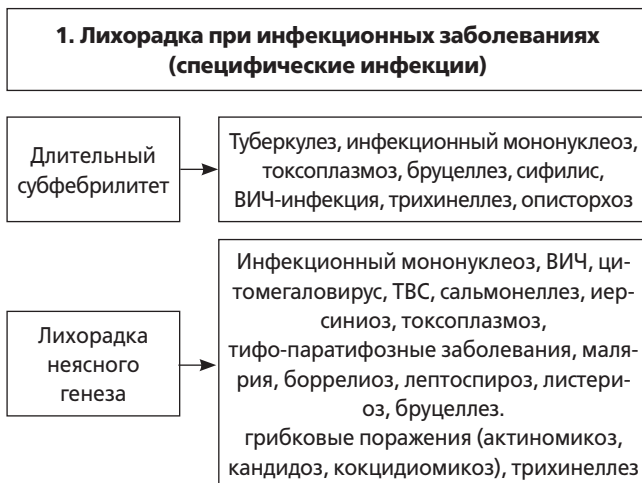
В соответствии с МКБ-10 ЛНГ имеет специальный код R50, называется **«лихорадка неясного происхождения»** (ЛНП) и находится в разделе R50–R69 **«Общие симптомы и признаки»**, так как не является самостоятельным

заболеванием, а квалифицируется, как синдром и включает в себя:

- ✓ R50.0 Лихорадку с ознобом;
- ✓ Лихорадку с окоченением;
- ✓ R50.1 Устойчивую лихорадку;
- ✓ R50.9 Лихорадку неустойчивую.

Причины хронических лихорадок:

- ✓ инфекционные заболевания;
- ✓ инфекционно-воспалительные заболевания
- ✓ онкогематологические заболевания
- ✓ системные заболевания.



Дополнительными диагностическими критериями, подтверждающими инфекционный характер длительной лихорадки, являются:

- ✓ **Отягощенный эпиданамнез** (см. *острую лихорадку*).
- ✓ **Наличие общеинфекционных симптомов.**
- ✓ **Парацетамоловый тест** — снижение t тела после приема парацетамола указывает на инфекционную лихорадку, отсутствие — на неинфекционную гипертермию.
- ✓ **Выраженная потливость** без ознобов отмечается при туберкулезе. При сочетании выраженной потливости с потрясающими ознобами наиболее вероятной причиной является бактериальная инфекция (сепсис), из неинфекционных — лимфогранулематоз.
- ✓ **хорошая переносимость** лихорадки при туберкулезе, бруцеллезе.

При диагностическом поиске у больных ЛНГ врач должен помнить о всех возможных заболеваниях инфекционного происхождения, этиологическая классификация которых представлена в следующей схеме.

ЛНГ: Этиологическая классификация инфекционных заболеваний

Микобактериальные	→	Туберкулез
Бактериальные	→	Сальмонеллез, иерсиниоз, псевдотуберкулез, бруцеллез, брюшной тиф, рожи- стое воспаление
Вирусные инфекции	→	Гепатиты В и С, цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барр, ВИЧ-инфекция, клещевой энцефалит
Менинго- кокковые	→	Менингит
Спирохетозные	→	Лептоспироз, сифилис, боррелиоз
Протозойные	→	Амебиаз, лейшманиоз, токсоплазмоз, хламидиоз, «болезнь кошачьей царапины», орнитоз, малярия
Риккетсиозные	→	Сыпной тиф, Ку-лихорадка
Грибковые	→	Актиномикоз, кандидоз, акцидомикоз
Паразитарные	→	Стронгилоидоз, трихинеллез

Пациентка Б., 22 года, обратилась к терапевту поликлиники с жалобами на повышение t до $38,5^{\circ}\text{C}$ в течение 3 дней, не сопровождаемое какими-либо симптомами, с кратковременным эффектом от парацетамола. Был назначен сумамед 250 мг 1 раз в сутки курсом 3 дня. На фоне лечения лихорадка сохранялась, присоединились боли в правой подвздошной области, в связи с чем повторно обратилась в поликлинику и была консультирована хирургом. С предварительным диагнозом «острый аппендицит» госпитализирована в многопрофильный стационар.

При сборе анамнеза выяснено, что пациентка учится в одном из московских вузов, проживает в общежитии. Хронических заболеваний нет. Не курит. Злоупотребление алкоголем отрицает. Операций не было. Контакт с инфекционными больными отрицает. За пределы Москвы в течение 6 месяцев не выезжала. В приемном отделении состояние расценено как средней тяжести за счет интоксикации. В сознании. Пониженного питания. Кожные покровы бледные. Периферические л/у не увеличены. ЧДД — 18 в мин. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧСС — 72 ударов в мин. АД — 120/0 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Живот мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Печень не увеличена. Больная госпитализирована в хирургическое отделение. В анализе крови: эритроциты $4,92 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb — 131 г/л,

тромбоциты — 151×10^9 л, лейкоциты — $8,1 \times 10^9$ л, СОЭ — 6 мм/ч, палочкоядерные — 9, сегментоядерные — 28, эозинофилы — 1, лимфоциты — 51, моноциты — 10, плазматические клетки — 1. Анализ мочи и биохимический анализ крови без существенных отклонений от нормы. В день поступления больная консультирована терапевтом, гинекологом, ЛОР-врачом — патологии не выявлено. Были выполнены следующие инструментальные методы обследования: УЗИ брюшной полости, почек, органов малого таза, Rg-графия органов грудной клетки и брюшной полости: вариант нормы. При ЭГДС — поверхностный гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс. На основании данных осмотра, дополнительных методов исследования диагноз «аппендицит» был отвергнут, однако в связи с рецидивом болей в животе, сохраняющейся лихорадкой до $38,7^\circ\text{C}$ на 3-и сутки госпитализации была выполнена диагностическая лапароскопия, в результате которой выявлены единичные увеличенные лимфоузлы в области брыжейки тонкой кишки. Заключение: Острый мезаденит. В послеоперационном периоде сохранялась лихорадка выше $38,0^\circ\text{C}$. Болей в животе, кашля, дизурии не отмечалось. Назначен повторный курс антибактериальных препаратов: цефотаксим $2,0 \times 2$ раза внутримышечно. В связи с отсутствием хирургической патологии для дальнейшего обследования была переведена в терапевтическое отделение.



Консультирована инфекционистом: диагноз не ясен. Рекомендовано дообследование длительно лихорадящего больного.

- Посев крови и мочи на стерильность
- Реакция Видалья
- РПГА с иерсиниозным, псевдотуберкулезным, сальмонеллезным и шигеллезным антигенами
- Исследование крови для исключения малярии
- RW, ВИЧ, HBs-антиген, HCV, anti HAV IgM
- Кровь ИФА на хламидии, бруцеллез, боррелиоз, листериоз, токсоплазмоз, микоплазму, цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барр
- Кровь на антитела к возбудителю ГЛПС в РНИФ и РМА лептоспир
- Эхо-КГ
- Прокальцитониновый тест
- Определение ревматоидного фактора
- Определение антител к стрептолизину О
- Определение антинуклеарных антител
- R-графия придаточных пазух носа
- Повторная консультация после дообследования

В результате проведенного обследования:

- посев крови и мочи на стерильность — роста микрофлоры не выявлено,
- реакция Видалья — не выполнена,
- РПГА с иерсиниозным, псевдотуберкулезным, сальмонеллезным и шигеллезным антигенами — отрицательны,
- исследование крови для исключения малярии — не обнаружена,

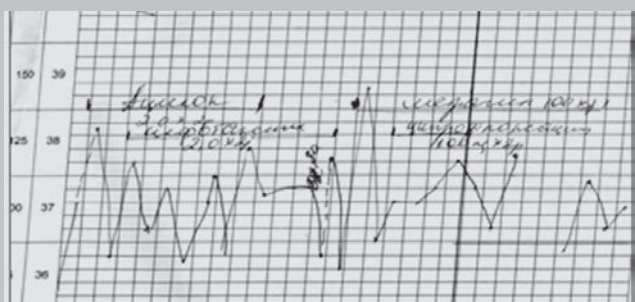
- RW, ВИЧ, HBs-антиген, HCV, anti HAV IgM — отрицательны;
- Кровь ИФА на хламидии, бруцеллез, боррелиоз, листериоз, токсоплазмоз, микоплазму, цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барр — результат получен через 8 дней!
- Кровь на ГЛПС и лептоспироз — отрицательны;
- Эхо-КГ — патологии не выявлено;
- Прокальцитонинотест — не выполнен;
- Определение ревматоидного фактора — 6,38 МЕ/мл;
- Определение антител к стрептолизину О — 26,9, СРБ;
- Определение антинуклеарных антител — не выполнено;
- R-графия придаточных пазух носа — патологии не обнаружено.

Больная консультирована урологом, эндокринологом, неврологом, гематологом (выполнялась трепанобиопсия) — лихорадка сохранялась, диагноз оставался не ясным.

На 16-е сутки пребывания в стационаре при контрольном УЗИ брюшной полости выявлена умеренная гиперплазия селезенки 12,8 см × 6,5 см, увеличение лимфоузлов брюшной полости, в том числе в воротах печени — до 11 мм.

На 26-й день болезни и 18-й день госпитализации в анализе крови методом ИФА обнаружены IgM, под-

ФНО пациента		г.р. 1992		Дата доставки: 25.06.14			
Домашний адрес: Дистан. А.14							
Место работы/учебы		г.р. по:					
№ анализа	Вид микроорганизма/инфекции, класс возбудителя	РЕЗУЛЬТАТ					Дата выдачи акта
		Обнаружено	ОП обнаруж.	ОП пересчет	Исход анализа	МБ	
14-06-10	Микоплазма пневмонии IgG	Не обнаружено	0				01.07.14
14-06-10	Микоплазма пневмонии IgM	Не обнаружено	0				01.07.14
14-06-03	Микоплазма хламидии IgA	Не обнаружено	0				30.06.14
14-06-03	Микоплазма хламидии IgG	Не обнаружено	0				30.06.14
14-06-03	Хламидия трахоматис IgA	Не обнаружено	0				26.06.14
14-06-03	Хламидия трахоматис IgG	Не обнаружено	0				26.06.14
14-06-04	Хламидия пневмонии IgG	Не обнаружено	0				01.07.14
14-06-04	Хламидия пневмонии IgM	Не обнаружено	0				01.07.14
14-06-04	Цитомегаловирус IgG	Не обнаружено	0				03.07.14
14-06-04	Цитомегаловирус IgM	ОБНАРУЖЕНО	0,556	0,107	1,516		03.07.14
14-06-08	Эпштейн-Барр-VCA-IgM	Не обнаружено	0				30.06.14

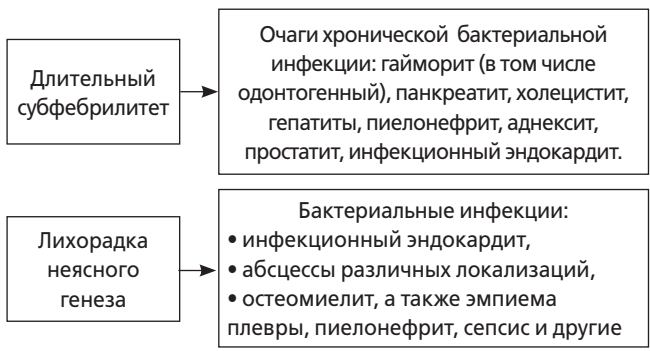


тверждающие цитомегаловирусную инфекцию. Больная повторно консультирована инфекционистом и для дальнейшего лечения переведена в инфекционный стационар.

Резюме:

- ✓ Случай должен был быть расценен как лихорадка неясного генеза (лихорадка неясного происхождения» по МКБ-10.
- ✓ Назначение трех курсов антибиотиков при неустановленном диагнозе было ошибкой.
- ✓ Окончательный диагноз был установлен поздно в связи со скудными клиническими проявлениями цитомегаловирусной инфекции и поздним выявлением спленомегалии.
- ✓ Раннее серологическое исследование крови на распространенные инфекции, сопровождаемые мезаденитом, помогло бы избежать ненужных консультаций и дорогостоящих лабораторных методов иссле-

2. Лихорадка при инфекционно-воспалительных заболеваниях (неспецифические инфекции)



дования, а также способствовало ранней постановке диагноза и оказанию своевременной помощи больной.

В таблице представлена классификация инфекционно-воспалительных заболеваний, сопровождаемых лихорадкой, в зависимости от локализации.

Лихорадка при инфекционно-воспалительных заболеваниях	
КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ:	
<i>Сердечно-сосудистая система:</i> инфекционный эндокардит; гнойный тромбофлебит; инфицированный сосудистый протез <i>Грудная полость:</i> бронхоэктазы; эмпиема плевры; абсцесс легких; медиастинит; рецидивирующая ТЭЛА <i>Кожа и кости:</i> остеомиелит; параректальный абсцесс; инфицированные пролежни; инфекции зубов и челюстей	<i>Брюшная полость:</i> вирусные гепатиты; холангит; Абсцессы: поддиафрагмальный; подпеченочный; внутрипеченочный; межкишечный <i>Мочеполовая система:</i> апостематозный пиелонефрит; паранефральный абсцесс; гнойный простатит; абсцесс предстательной железы; тубоовариальный абсцесс

При инфекционно-воспалительных заболеваниях важно уточнить:

- ✓ медицинские манипуляции в течение 6 месяцев (операции, катетеризации, внутривенные инъекции, вакцинации, пере-

ливание крови и ее препаратов, стоматологические манипуляции);

- ✓ пороки сердца, инфекционный эндокардит, туберкулез, онкогематологические и психические заболевания в анамнезе;
- ✓ травмы;
- ✓ внутривенное употребление наркотических и психотропных препаратов;
- ✓ татуировки, пирсинг, косметологические процедуры.

Пациент с лихорадкой неясного генеза должен быть обязательно обследован инфекционистом. Тот факт, что ЛНГ традиционно ассоциируется у большинства врачей с инфекционным процессом, приводит к назначению антимикробных препаратов еще до получения результатов обследования. Между тем инфекционно-воспалительные процессы лежат в основе ЛНГ менее чем у половины пациентов.

Важно помнить, что по мере увеличения длительности лихорадки шансы на выявление инфекционных заболеваний уменьшаются.

Упрощает диагностику онкогематологических заболеваний следующие положения:

- ✓ клиническая картина злокачественных новообразований при ЛНГ характеризуется

3. Лихорадка при онкогематологических заболеваниях

при длительном субфебрилитете и ЛНГ имеют сходные причины.

Гемобластозы

(лимфома, лимфогранулематоз, лейкозы).

Опухоли различных локализаций:

гепатома, солидные опухоли легкого, желудка, поджелудочной железы, половых органов, головного мозга;

Саркомы;

Метастазы с любым первичным очагом).

NB! Фебрильная лихорадка характерна для острого лейкоза, субфебрилитет – для хронического миело- и лимфолейкоза.

минимальными локальными проявлениями болезни или их отсутствием.

- ✓ наличие неспецифического **паранеопластического синдрома** — комплекс клинических и лабораторных признаков онкологического заболевания, не связанных с ростом первичного новообразования и появлением метастазов, который включает:
 - рецидивирующий кандидоз или герпес;
 - высыпания по типу крапивницы;
 - тяжелый кожный зуд;
 - периферические нейропатии;

- узловатую эритему (особенно рецидивирующую);
- черный акантоз, кольцевую эритему, высыпания типа пруриго, герпетиформный дерматит, паранеопластическую пузырчатку;
- гипертрофическую остеоартропатию;
- мигрирующий тромбофлебит;
- вторичный амилоидоз;
- некротизирующий васкулит.

Синдром А.И. Савицкого («малых признаков») — сочетание немотивированной слабости, снижения работоспособности, утомляемости, депрессии со снижением аппетита, похуданием, явлениями желудочного дискомфорта (чаще развивается при раке желудка).

- ✓ Специфические симптомы для конкретного заболевания (см. приложение).
- ✓ Онкомаркеры.

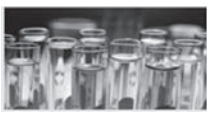
«КРАСНЫЕ ФЛАГИ»

у больных с хронической лихорадкой, указывающие на онкопатологию.

- ✓ Прогрессирующее похудание.
- ✓ Синдром «малых признаков».
- ✓ Хронический кашель.

- ✓ Кровохарканье.
- ✓ Быстро нарастающий, рецидивирующий геморрагический выпот.
- ✓ «затяжное», рецидивирующее течение пневмонии.
- ✓ Появление, изменение внешнего вида и быстрый рост «родинок».
- ✓ незаживающие язвы кожи, слизистых.
- ✓ Обнаружение опухоли (молочные железы, лимфоузлы, подкожные образования, щитовидная железа).
- ✓ Пальпируемые образования в брюшной полости.
- ✓ Острый полиартрит у женщин.
- ✓ Выделения из влагалища, особенно в постменопаузе.
- ✓ Осиплость голоса.
- ✓ Дисфагия.
- ✓ Болевой синдром неустановленной этиологии.
- ✓ Анемия.
- ✓ Лейкопения.
- ✓ Гематурия.

Специфические онкомаркеры	
• α-фетопротеин (первичный рак печени) • СА 19-9 (рак поджелудочной железы, желудка, толстой и прямой кишки, печени, желчного пузыря и желчных протоков) • СА 125 (рак яичников) • СА 15-3 (рак молочной железы) • PSA (рак предстательной железы) • раковый эмбриональный антиген (опухоль кишечника) • СЕА (РЕА) (колоректальный рак, рак молочной железы, легких, желудка, поджелудочной железы, мочевого пузыря, почки, щитовидной железы, шейки матки, яичника и печени)	• НСЭ – меланома, рак легких; • СА 242 – сходен с СА 19.9, но избирательно указывает на рак поджелудочной железы и прямой кишки; • UBS – рак мочевого пузыря; • Кальцитонин и тиреоглобулин – рак щитовидной железы; • Б-2-МГ – лимфома, миелома; • Хорионгонадотропин человека опухоль яичника у женщин и яичка – у мужчин



Диагностика злокачественных новообразований у больных с ЛНГ и длительным субфебрилитетом:

Неинвазивные методы обследования:

- ✓ УЗИ;
- ✓ компьютерная томография;
- ✓ ядерно-магнитный резонанс;
- ✓ радиоизотопное сканирование (*лимфатических узлов, скелета, органов брюшной полости*);
- ✓ онкомаркеры.

Инвазивные методы обследования:

- ✓ пункционные биопсии;
- ✓ эндоскопические методы, в том числе лапароскопия, а при необходимости — диагностическая лапаротомия.

4. Лихорадка при системных заболеваниях

(с одинаковой частотой встречается при длительном субфебрилитете и ЛНГ)

Системные заболевания соединительной ткани:

- системная красная волчанка;
- ревматоидный артрит
- ревматическая полимиалгия
- ревматическая лихорадка
- болезнь Стилла у взрослых
- Гранулематоз Вегенера
- различные формы системных васкулитов (узелковый артериит, височный артериит, артериит Такаясу)
- перекрестные (Overlaps) синдромы: системная склеродермия + дерматомиозит, ревматоидный артрит и др.

Критерии диагностики системных заболеваний:

- ✓ **симптомы основного заболевания**
- ✓ **признаки системной воспалительной реакции** (*прокальцитонин, СРБ*)
- ✓ **маркеры аутоиммунных заболеваний:** (ревматоидный фактор, антинуклеарные антитела)

ВАЖНО! Привычные диагностические признаки вышеуказанных заболеваний при хронических лихорадках недостаточно выражены или отсутствуют (лихорадка опережает появление суставного синдрома или других системных нарушений).

Пациент З., 37 лет, госпитализирован в стационар с диагнозом «Внебольничная пневмония» с жалобами на лихорадку до 40 °С с ознобами, малопродуктивный кашель с отделением слизистой мокроты с прожилками крови, заложенность носа, боли в проекции правой верхнечелюстной пазухи.

Считает себя больным в течение месяца, когда отметил повышение температуры до 40 °С, заложенность носа. Обращался в поликлинику, был установлен диагноз «гайморит», принимал клаксид, цефтриаксон, вильпрафен, аугментин без эффекта. При появлении кашля с мокротой с прожилками крови вызвал СМП. Хронические заболевания отрицает. Травм, операций не было. 9 лет назад внутривенная наркомания. Эпиданамнез: за 3 месяца до госпитализации был в Турции, контакт с инфекционными больными отрицает. Проживает с семьей в отдельной квартире.

В приемном отделении состояние было расценено как средней тяжести. В сознании. Пониженного питания. Кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены. ЧДД 18 в минуту. Дыхание в легких везикулярное, справа ослабленное, хрипов

нет. ЧСС — 80 ударов в мин. АД — 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

При рентгенографии органов грудной клетки в верхней доле справа выявлено округлое образование с четкими контурами, мягкотканной плотности и множественные округлые разнокалиберные образования с четкими контурами. Корни легких уплотнены, синусы свободны. Заключение: С-г правого легкого? Метастатическое поражение обоих легких.

При рентгенографии придаточных пазух носа определялось субтотальное затемнение правой верхнечелюстной пазухи с горизонтальным уровнем до 1/3 объема. Заключение ЛОР-врача: острый правосторонний гайморит, острый фарингит.

В анализе крови: гемоглобин — 117 г/л, лейкоциты — $6,9 \times 10^9$ л, тромбоциты — 275×10^9 л, ускорение СОЭ до 45 мм/час. Для дальнейшего обследования и лечения пациент был госпитализирован в терапевтическое отделение.

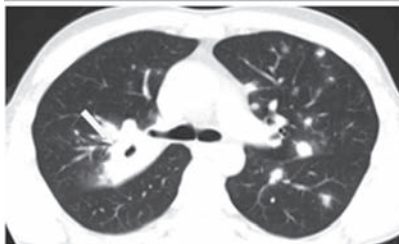
В биохимическом анализе крови без особенностей. HBsAg и HCV — отрицательны, Антитела к ВИЧ не обнаружены. Прокальцитонин — 2. В коагулограмме — повышение уровня фибриногена до 5,4 г/л, увеличение тромбинового времени до 21,6 сек.

Выполнялись повторные посевы крови на стерильность — однократно высеян эпидермальный стафилококк. Онкомаркеры: в пределах нормальных значений.

В бактериологическом анализе мокроты — цитограмма воспаления, анализ мокроты на КУМ — отрицательный. При посеве мокроты выявлен рост *Candida albicans*, *S. aureus*, чувствительных к амфотериину, клотримазолу, флуконазолу, ванкомицину, имипенему.

Эндоскопическая картина диффузного трахеобронхита на фоне атрофии слизистой с двух сторон. Обнаружено изъязвление слизистой подсвязочно-го пространства, взята биопсия. При исследовании слизистой в месте изъязвления: фрагменты фибринозно-лейкоцитарных масс с наличием единичных гигантских многоядерных клеток. Заключение: для исключения гранулематозных процессов, в том числе туберкулеза, необходимо ИГХ и ПЦР. Цитологическое исследование промывных вод: цитограмма воспаления, спирали Куршмана, пролиферация дегенеративно измененного эпителия.

При КТ органов грудной клетки и брюшной полости выявлена картина двустороннего полисегментарного поражения легочной ткани, возможно грибкового генеза. Полость деструкции (мицетома?) в S2 правого легкого, имеющая сообщение с субсегментарным бронхом. Заключение: выявленные изменения следует дифференцировать со специфическим процессом (лимфаденопатии средостения нет) и септическими изменениями. Легочная гипертензия. Расширение восходящего отдела аорты. Гепатоспленомегалия.



Двусторонняя полисегментарная пневмония.

Септические изменения/
грибковый генез



При ЭхоКГ определялось парадоксальное движение МЖП, в средней трети МПП лево-правый шунт диаметром до 3 мм (открытое овальное окно), расширение корня аорты. Гипертрофия задней стенки ЛЖ. Умеренная легочная гипертензия 32 мм рт. ст. ФВ ЛЖ — 66,3%. Размеры полостей сердца и сократимость левого желудочка в норме.

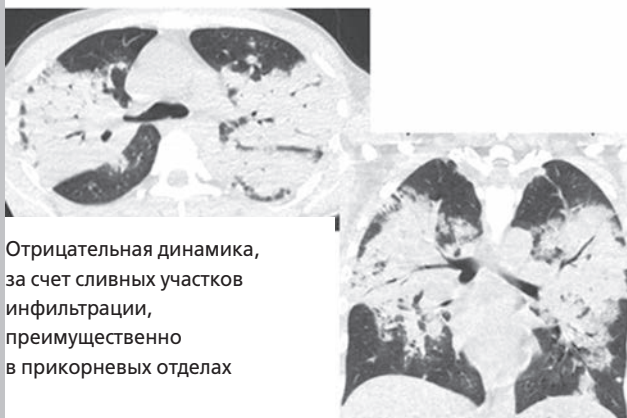
Заключение фтизиатра: Дифференциальный диагноз между раком правого легкого с метастазами, диссеминированным туберкулезом верхней доли правого легкого в фазе распада и полисегментарной деструктивной пневмонией (септической?). Рекомендовано проведение пробы Манту и Диаскин-теста.

Заключение торакального хирурга: двусторонняя деструктивная пневмония.

Через неделю от момента поступления в стационар больной повторно консультирован ЛОР-врачом, диагностирован острый правосторонний фронтит, острый двусторонний гайморит.

Диаскин-тест, реакция Манту — отрицательная. Повторная консультация фтизиатра: внебольничная двусторонняя септическая пневмония. Данных за туберкулез нет.

На фоне проводимой антибактериальной терапии: цефалоспорины 4-го поколения (цефепим), фторхинолоны (ципрофлоксацин), противогрибковой терапии (флуконазол) сохранялась лихорадка до 39,4 °С с ознобами, кашель со слизистой мокротой и про-



Отрицательная динамика, за счет сливных участков инфильтрации, преимущественно в прикорневых отделах



жилками крови. Выполнена повторная КТ органов грудной клетки.

Отменена вся предыдущая антибактериальная терапия, назначен тиенам 1,0 2 раза в день внутривенно капельно.

Состояние больного прогрессивно ухудшалось. На 10-й день лечения отмечалось появление легочного кровотечения. В экстренном порядке выполнена бронхоскопия с осмотром и санацией бронхиального дерева. Вероятным источником кровотечения являлось правое легкое, однако четкой патологии главного, долевого и сегментарных бронхов справа и слева не отмечалось. В связи с выраженными провалами сатурации с очень длительными циклами восстановления до исходных значений (с тенденцией к постоянному снижению), произведена интубация трахеи и перевод больного на ИВЛ.

Заключение консилиума в отделении реанимации

Дифференциальный диагноз проводится между сепсисом, осложненным полиорганным синдромом, и специфическим поражением (системный васкулит, лимфопролиферативное заболевание). Убедительных данных за туберкулезное поражение легких не получено. Учитывая длительную лихорадку, гепатоспленомегалию, гнойно-некротический ринит с наличием единичных гигантских многоядерных клеток (по результатам биопсии), двустороннее поражение

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ ОСНОВНОЙ:

Гранулематоз Вегенера

ОСЛОЖНЕНИЯ: Сепсис. Правосторонний гайморит. Двусторонняя полисегментарная пневмония. ДН 3. ИВЛ с 08.04.2014. Синдром полиорганной недостаточности. Тромбоэмболический синдром. Рецидивирующее легочное кровотечение. Интоксикация. Отек головного мозга.

СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ: Дефект средней трети межпредсердной перегородки диаметром до 3 мм (открытое овальное окно)

Результаты аутопсии

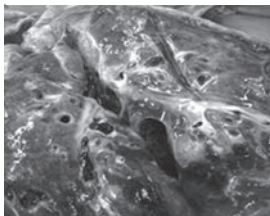
Фибринозный плеврит



Язвенный дефект в подключичной области



Очаги в легких



Очаг деструкции



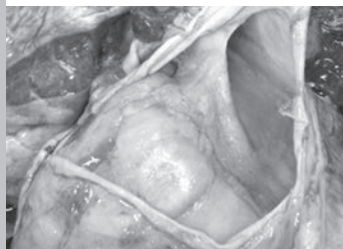
Массивная ТЭЛА



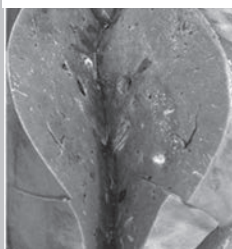
Тромбы в венах малого таза



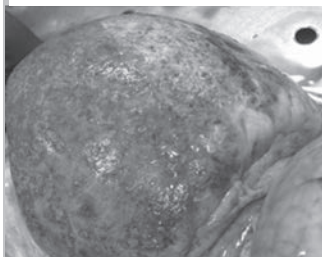
Фибринозный перикардит



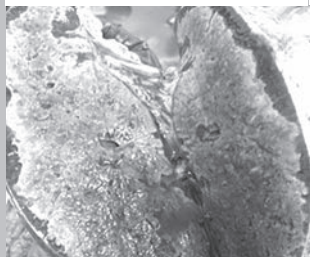
Жировой гепатоз, абсцессы печени



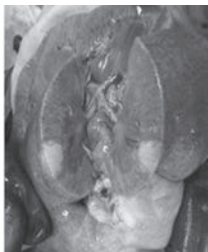
Спленомегалия



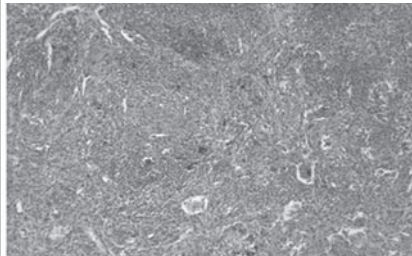
Инфаркт селезенки



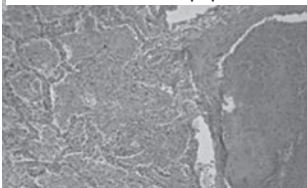
Инфаркт левой почки



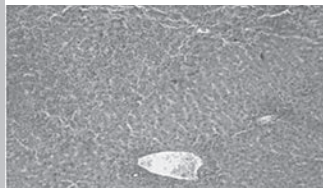
Деструктивный васкулит с гранулематозным воспалением



Тромбозомболия с очагами инфаркта



Множественные абсцессы в печени



Патологоанатомический диагноз:

ОСН: Гранулематоз Вегенера с поражением верхних дыхательных путей (гнойно-некротический ринит, правосторонний гайморит, язва подскладочного пространства гортани), легких.

ОСА: Сепсис (бактериологическое исследование от 14.04.2014 г. — *Klebsiella pneumoniae/pneumoniae*): Двухсторонняя полисегментарная очагово-сливная пневмония с очагами карнификации, абсцедирования. Тромбоз мелких сосудов легких. Двусторонний фибринозный плеврит (по 100 мл). Множественные



абсцессы печени, микроабсцессы надпочечников. Фибринозный перитонит (100 мл). Интерстициальный миокардит. Фибринозный перикардит. Метаболические некрозы в миокарде, мелкие пристеночные тромбы в полости левого желудочка. Тромбоз вен клетчатки малого таза. Тромбоз эмболия ветвей легочных артерий. Инфаркты с нагноением в левой почке, селезенке, легких. Эрозивно-язвенный трахеобронхит. Легочное кровотечение (следы крови в просвете трахеи и крупных бронхов). Острый респираторный дистресс-синдром взрослых. Отек легких. Отек головного мозга.

СОП: Врожденный порок сердца: дефект средней трети межпредсердной перегородки, диаметр 3 мм (открытое овальное окно).

Другие причины ЛНГ:

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК): неспецифический язвенный колит, болезнь Крона.

Гранулематозные заболевания (саркоидоз, гранулематозный гепатит) и др.

- ✓ дивертикулит;
- ✓ тиреоидит;
- ✓ тромбофлебит вен голени и малого таза;
- ✓ легочные эмболии;
- ✓ неспецифический перикардит и другие.

Искусственная лихорадка

В некоторых случаях истинность болезненного состояния пациента следует подвергать сомнению и исключить так называемую **«искусственную лихорадку»** или **симуляцию**, особенно при продолжительности лихорадки свыше шести месяцев у пациентов с медицинским образованием или большим опытом общения с медицинскими работниками.

Искусственная лихорадка может быть обусловлена:

- ✓ Манипуляциями с термометром.
- ✓ Приемом внутрь, введением под кожу различных пирогенных веществ.
- ✓ Психическими нарушениями с ипохондрическим настроением, характеризующимся болезненным сосредоточением на собственном здоровье, стремлении обследоваться.
- ✓ Симуляцией и аггравацией (с целью уклонения от воинских обязанностей, уголовной ответственности).

Признаки, позволяющие заподозрить искусственную лихорадку:

- ✓ Отсутствие суточных колебаний на температурной кривой.

- ✓ Стремительное падение температуры без соответствующего потоотделения.
- ✓ Отсутствие учащения сердцебиения и дыхания при лихорадке (**исключение: брюшной тиф, микоплазменная инфекция, орнитоз, лекарственные лихорадки и др.**).
- ✓ Разность ректальной температуры и температуры только что выделенной мочи.
- ✓ Скачок температуры выше 41 °С (у взрослых крайне редко).

При подозрении на искусственную лихорадку следует:

- ✓ измерять температуру в присутствии медицинского персонала;
- ✓ одновременно измерять оральную и ректальную температуру;
- ✓ определить соответствие кривой температуры и частоты пульса;
- ✓ производить внимательный осмотр кожных покровов с целью выявления возможных инфильтратов, следов от инъекций.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОТДЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЛЕЖАЩИХ В ОСНОВЕ ЛНГ

В предложенной вашему вниманию книге невозможно описать все проблемы, связанные с лихорадкой неясного генеза, поэтому обращаем ваше внимание на основные заболевания, лежащие в основе этой клинической ситуации. Необходимо помнить, что при любой диагностически сложной ситуации нужно искать распространенные и часто встречающиеся, а не какие-то редкие и экзотические заболевания.

NB! *В основе ЛНГ лежат обычные заболевания с необычным течением.*

В первую очередь следует исключить инфекционный эндокардит, туберкулез, абсцессы различных локализаций и остеомиелит.



Инфекционный эндокардит

К группе риска развития инфекционного эндокардита относятся:

- инъекционные наркоманы,
- больные в стационаре, у которых установлены внутрисосудистые катетеры



эндокардиты **правых** отделов сердца (трикуспидальный клапан и клапан легочной артерии)

- лица, недавно перенесшие стоматологические вмешательства, инструментальные исследования мочеполовых путей и желудочно-кишечного тракта, особенно пациенты среднего и пожилого возраста с предшествующим поражением клапанов



эндокардит **левых** камер сердца (аортальный и митральный клапаны)

Достоверными признаками инфекционного эндокардита (ИЭ) являются:

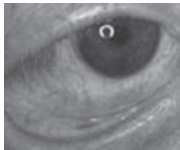
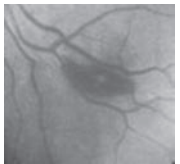
1. Лихорадка.
2. Шум в сердце.
3. Эмболии.
4. Бактериемия.
5. Вегетации на клапанах по данным Эхо-КГ

Наиболее надежный диагностический критерий — длительная бактериемия, в том числе, распространяющаяся из очагов инфекции.



Для подтверждения диагноза выполняется ЭхоКГ, при этом более чувствительным методом является чреспищеводная эхокардиография.

Клинические проявления инфекционного эндокардита:

Характерный цвет кожи (« кофе с молоком »), лимфаденопатия	
Петехии на коже, слизистой рта, нёба, на конъюнктиве (симптом Лукина–Либмана)	
Геморрагические пятна Джейнуэя	
Узелки Ослера (болезненные, выпуклые образования красного или пурпурного цвета на пальцах рук и ног)	
Пятна Рота (кровоизлияния в сетчатку с белым центром)	



Осложнения инфекционного эндокардита:

- ✓ **геморрагический синдром:** носовые, желудочно-кишечные кровотечения, кровоизлияния в сетчатку (пятна Рота);
- ✓ **тромбоэмболический синдром** с развитием инфарктов в различных органах;
- ✓ **ДВС-синдром;**
- ✓ **септические аневризмы:** аортального клапана, межжелудочковой перегородки, мозга;
- ✓ **диссеминированные инфекции:** менингит, остеомиелит, абсцесс селезенки, миокарда, пиелонефрит.

Трудности диагностики инфекционного эндокардита

- ✓ **Отрицательные** результаты посева гемокультуры (у 30% больных)¹.
- ✓ При ИЭ **правосторонней локализации при аускультации сердца** шум может не выслушиваться.

¹ Негативные результаты посева гемокультуры могут быть связаны с наличием необычных возбудителей, требующих специальных методов исследования, и частым бесконтрольным назначением антибиотиков при ЛНГ.

Особенности клинической картины ИЭ у лиц пожилого возраста:

- ✓ признаки нарушения мозгового кровообращения;
- ✓ рецидивирующая ТЭЛА;
- ✓ эмболии неизвестного происхождения;
- ✓ появление и прогрессирование сердечной недостаточности, нарушений ритма и проводимости;
- ✓ анемия;
- ✓ кожные и глазные симптомы.

Туберкулез

Различные формы туберкулеза продолжают оставаться одной из частых причин ЛНГ.

Трудности распознавания туберкулеза у больных ЛНГ обусловлены:

- ✓ атипичностью течения;
- ✓ внелегочной локализацией;
- ✓ увеличением частоты неспецифических проявлений (лихорадка, суставной синдром, узловатая эритема и др.);
- ✓ отсутствием привычных для врача диагностических ориентиров (изменений в легких с характерной локализацией, анамнестических указаний, данных бакте-

риоскопии мокроты или других биологических жидкостей).

NB! Лихорадка может быть основным или единственным признаком заболевания.

К наиболее частым формам туберкулеза, проявляющегося как ЛНГ, относятся:

- ✓ *милиарный туберкулез легких*
- ✓ *диссеминированные формы с наличием внелегочных поражений*

Специфическое поражение лимфатических узлов: периферических, мезентериальных

Серозных оболочек (перитонит, плеврит, перикардит)

Поражение печени, селезенки, урогенитального тракта, позвоночника

Следует помнить, что в большинстве случаев возникновение активного ТВС-процесса является следствием реактивации первичных (старых) очагов, чаще локализующихся в легком и бронхопульмональных лимфоузлах.

Диагностика туберкулеза

- ✓ Рентгенография, а не рентгеноскопия.
- ✓ Туберкулиновые пробы отражают состояние клеточного иммунитета и могут быть отрицательными или невыраженными, осо-

бенно у больных с подавленным иммунитетом (хронический алкоголизм, старческий возраст, глюкокортикоидная терапия)¹.

- ✓ Одним из самых совершенных способов идентификации микобактерий является полимеразная цепная реакция (ПЦР) — 100% специфичность.
- ✓ Прицельная биопсия л/у, печени.

ВВ! Для диагностики туберкулеза важно: несоответствие выявляемых рентгенологически изменений легких (очаговые или инфильтративные тени, часто с распадом, с преимущественной локализацией в верхних долях; диссеминация и др.) со скудными физикальными данными.

¹ ДИАСКИНТЕСТ — инновационный внутрикожный диагностический тест, который представляет собой рекомбинантный белок, содержащий два связанных между собой антигена — ESAT6 и CFP10, характерных для вирулентных штаммов микобактерий туберкулеза (*Micobacterium tuberculosis* и *Micobacterium bovis*). ДИАСКИНТЕСТ вызывает иммунную реакцию только на микобактерии туберкулеза и не дает реакции, связанной с вакцинацией БЦЖ. Благодаря данным качествам, ДИАСКИНТЕСТ обладает практически 100% чувствительностью и специфичностью, сводя к минимуму вероятность развития ложноположительных реакций, которые в 40–60% случаев наблюдаются при использовании традиционного внутрикожного туберкулинового теста (проба Манту).

Группы риска инфицирования и заболевания туберкулезом (17–18% взрослого населения):

Эпидемические:

- ✓ Контакт с больным туберкулезом.

Медико-биологические:

- ✓ ХНЗЛ, сахарный диабет, заболевания ЖКТ, мочеполовой системы, ВИЧ-инфекция, психоневрологическая патология;
- ✓ прием цитостатиков, глюкокортикоидов, иммунодепрессантов, блокаторов факторов некроза опухолей;
- ✓ лица с выявленными рентгенологическими изменениями, требующими дообследования;
- ✓ лица, не обследованные методом флюорографии два и более года.

Социальные:

- ✓ лица без определенного места жительства. Мигранты, неработающие/безработные, освобожденные из мест лишения свободы;
- ✓ лица, злоупотребляющие алкоголем и/или психоактивными веществами;
- ✓ проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания.

Особого внимания заслуживают так называемые маски туберкулеза: гриппоподобные

заболевания, атипичные пневмонии, частые бронхиты. Наличие в анамнезе рецидивирующего сухого и экссудативного плеврита, увеличения периферических лимфоузлов, узловатой эритемы, кератоконъюнктивитов, туберкулидов кожи, «туберкулезного ревматизма» Понсе. Следует обращать внимание на жалобы общего характера (слабость, недомогание, нарушение сна, аппетита, похудание, повышение температуры тела, ночные поты и т.п.) и характерные для поражения легких (кашель, выделение мокроты, одышка, кровохарканье, кровотечение, боль в груди).

Общее состояние больного чаще всего удовлетворительное, иногда может быть средней тяжести. Тяжелое состояние у впервые выявленных больных бывает очень редко.

При осмотре могут быть выявлены следующие особенности:

- ✓ истощение (только при запущенном туберкулезе);
- ✓ «лицо Виолетты», т.е. худощавое лицо, блестящие глаза, расширенные зрачки и румянец на скулах;
- ✓ бледность, сухость или дряблость кожи (у хронических больных);

- ✓ отрубевидный лишай, связанный с повышенной потливостью (в некоторых случаях);
- ✓ теплый диффузный цианоз (при легочном сердце);
- ✓ пальцы в виде барабанных палочек (при сочетании туберкулеза с бронхоэктазами);
- ✓ отставание в акте дыхания пораженной половины грудной клетки;
- ✓ гиперпигментация кожи, складок ладоней (при гипокортицизме, вызванном туберкулезной диссеминацией).

Пациентка Н., 21 год, студентка 4-го курса медицинского ВУЗа, обратилась к врачу поликлиники с жалобами на малопродуктивный кашель, повышение температуры тела до 37,8 °С, слабость, потливость. Настоящее ухудшение в течение 7 дней. В амбулаторных условиях выполнена рентгенография органов грудной клетки и выявлена правосторонняя среднедолевая пневмония. Пациентке был назначен амоксиклав в дозе 1000 мг 2 раза в сутки и отхаркивающие препараты. Пациентка самостоятельно удвоила дозу и принимала препарат по 2000 мг 2 раза в день. Через 5 дней лечения отмечалось снижение температуры тела до 37,3 °С, но сохранялся кашель, отмечалось снижение аппетита, прогрессировала



слабость. За время болезни пациентка похудела на 3 кг. С диагнозом «внебольничная пневмония» больная направлена в стационар.

В приемном отделении стационара при осмотре состояние было расценено как средней тяжести, выявлена бледность кожных покровов, снижение индекса массы тела. Температура тела — 37,2 °С. ЧДД — 16 в минуту, при аускультации легких хрипы не выслушивались. АД — 90/60 мм рт. ст, ЧСС — 80 ударов в минуту. В анализе крови и мочи воспалительных изменений не выявлено. При рентгенографии органов грудной клетки в двух проекциях подтверждена правосторонняя среднедолевая пневмония, больная направлена в терапевтическое отделение. Назначены антибиотики цефалоспоринового ряда и макролиды. Больной назначено 3-кратное исследование образцов мокроты на КУМ, результаты отрицательны. За время наблюдения в стационаре существенных изменений в клинической картине не выявлено: сохранялся низкий субфебрилитет, непродуктивный кашель. Учитывая локализацию инфильтративных изменений в легких («синдром средней доли», несоответствие рентгенологических изменений аускультативным данным, отсутствие эффекта от комбинированной антибактериальной терапии), больной назначена КТ легких. Выявлен инфильтративный туберкулез. Больная консультирована фтизиатром, рекомендовано продолжить обследование и лечение в ПТД по месту жительства.



Нагноительные заболевания брюшной полости и малого таза

Нагноительные заболевания брюшной полости и малого таза различной локализации составляют, по некоторым данным, 33% всех инфекционно-воспалительных заболеваний у больных ЛНГ.

Среди этих болезней самыми частыми причинами ЛНГ являются абсцессы различной локализации:

- ✓ поддиафрагмальный;
- ✓ подпеченочный;
- ✓ внутripеченочный;
- ✓ межкишечный;
- ✓ внутрикишечный;
- ✓ тубоовариальный;
- ✓ паранефральный абсцесс и апостематозный пиелонефрит;
- ✓ абсцесс предстательной железы;
- ✓ холангит.

Факторы риска развития нагноительных заболеваний брюшной полости:

- ✓ **травмы** (ушибы) **живота** (гематома, нагноение);
- ✓ **наличие некоторых заболеваний кишечника** (дивертикулез, неспецифиче-



- ский язвенный колит, болезнь Крона, энтериты);
- ✓ **заболевания желчевыводящих путей** (холедохолитиаз, стриктуры протоков и др.);
 - ✓ **«Фоновые» заболевания** (сахарный диабет, хроническая алкогольная интоксикация, цирроз печени, лечение глюкокортикоидами с развитием иммунодефицитного состояния;
 - ✓ **перенесенные операции** на органах брюшной полости (холецистэктомия, аппендэктомия) или малого таза (удаление яичника, матки, аденомэктомия) — *незадолго до возникновения лихорадки.*

Трудности и ошибки диагностики при этой патологии обусловлены атипичностью течения и стертостью клинических проявлений, особенно у пожилых больных. Следует отметить, что длительность лихорадки при абсцессах брюшной полости может достигать 3 лет!

В диагностике данной патологии кроме особенностей клинической картины и показателей анализа крови, важное значение имеют **УЗИ, КТ, диагностическая лапароскопия и лапаротомия.**

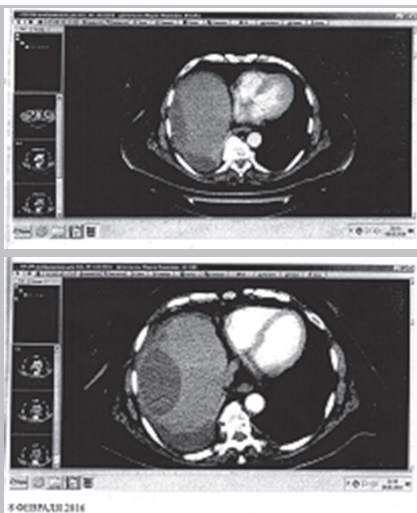
Больная Д., 84 года, госпитализирована в терапевтическое отделение с диагнозом правосторонняя нижнедолевая пневмония с жалобами на боль в правой половине грудной клетки и правом подреберье, усиливающуюся при глубоком дыхании, повышение температуры тела до 38,6 °С, возникшие за неделю до поступления. Состояние средней тяжести. Кашля, одышки нет. При аускультации легких хрипы не выслушиваются. При рентгенографии была выявлена неравномерная инфильтрация в нижней доле правого легкого, незначительное количество выпота в правой плевральной полости. Обращало на себя внимание высокое стояние правого купола диафрагмы. В анализе крови выявлена нормоцитарная анемия легкой степени (Hb — 100 г/л), при нормальном количестве лейкоцитов ($5,7 \times 10^9$ л), ускорение СОЭ до 44 мм/ч. Из анамнеза известно, что пациентка страдает гипертонической болезнью на фоне сахарного диабета, хронической ишемией головного мозга. За 3 дня до поступления была выписана из другого стационара, где находилась в хирургическом отделении с диагнозом острый панкреатит.

На 2-й день пребывания в больнице диагностируется ущемление пупочной грыжи, больная переведена в хирургическое отделение, по жизненным показаниям выполнено экстренное оперативное вмешательство. В связи со стойким субфебрилитетом в послеоперационном периоде выполнена КТ органов брюшной и грудной полости. Выявлены признаки пневмонии в S8,9 правого легкого и выпот в правой

плевральной полости, наиболее вероятно, реактивного генеза, а также небольшое скопление жидкости под правым куполом диафрагмы (перигепатически). Проводилась антибактериальная терапия. Через неделю больная выписана на амбулаторное лечение. Дома сохраняется лихорадка до 38 °С, в связи с чем через 10 дней с лихорадкой неясного генеза госпитализируется в инфекционную больницу. При обследовании данных за инфекционное заболевание не получено. По результатам УЗИ высказано подозрение о наличии абсцесса печени, больная вновь переводится в хирургическое отделение, где ее оперировали.

При повторной госпитализации состояние было расценено как тяжелое. Бледность кожных покровов, одышка при небольшой физической нагрузке. Боль в правом подреберье, ограничивающая дыхание. t — 38,0 °С. В анализе крови снижение гемоглобина до 89 г/л, MCV — 72 фл, лейкоциты — $3,9 \times 10^9$ л, ускорение СОЭ до 61 мм/ч.

При контрольной КТ под правым куполом диафрагмы, перигепатически по латеральному контуру правой доли печени определяется отграниченное скопление гиподенсного содержимого в виде двояковыпуклой линзы размерами 141×128, толщиной слоя до 68 мм. По сравнению с предыдущей госпитализацией — отрицательная динамика (было 30 мм). Жидкость имеет неоднородную структуру, не накапливает контрастный препарат.



Таким образом, диагностирован **поддиафрагмальный абсцесс справа** как причина длительной лихорадки. Под местной анестезией выполнено дренирование абсцесса под УЗИ-наведением, продолжена антибактериальная терапия. Температура тела нормализовалась, больная выписана на амбулаторное лечение.

Остеомиелит

Наиболее часто процесс локализуется в **позвоночнике, костях таза, стопах** и, как правило, имеет гематогенное происхождение.

Лихорадочный синдром в дебюте заболевания у некоторых больных может быть его единственным проявлением.

Диагностика остеомиелита

- ✓ указания в анамнезе на травмы;
- ✓ профессиональная деятельность пациентов, связанная с повышенным риском травм (занятия спортом, балетом и др.);
- ✓ рентгенологическое исследование соответствующих участков скелета;
- ✓ компьютерная томография;
- ✓ радиоизотопное сканирование костей с помощью Tc^{99} и других изотопов.

ВИЧ-инфекция

Особую группу инфекционной патологии в случаях ЛНГ представляет ВИЧ-инфекция. В связи с этим диагностический поиск при ЛНГ должен обязательно включать обследование на наличие не только ВИЧ-инфекции, но и тех инфекций, которые часто ассоциируются со СПИДом: **микробактериозы, криптококкоз, кокцидиомикоз, гистоплазмоз, ЦМВ, пневмоцисты и др.**, а также выявление саркомы Капоши, лимфом.

Эпидемиологические данные, свидетельствующие об определенном риске заражения ВИЧ:

- ✓ беспорядочные половые связи;
- ✓ парентеральный прием наркотиков, переливание крови;
- ✓ пересадка органов;
- ✓ хирургические вмешательства;
- ✓ повреждение кожных покровов и слизистых инструментом, контаминированным кровью на территории с высоким распространением ВИЧ (РФ входит в число таких территорий).

На высокую вероятность ВИЧ-инфекции указывает выявление у пациентов:

- ✓ кандидоза трахеи, бронхов, легких, пищевода;
- ✓ инфекции ВПГ, которые приобретают часто рецидивирующий характер с атипичной локализацией;
- ✓ хронических язв, не заживающих более 1 месяца;
- ✓ внелегочного туберкулеза у людей молодого возраста;
- ✓ токсоплазмоза мозга у детей старше 1 месяца;
- ✓ признаков, указывающих на **иммунодефицит** (алкоголь, наркоманы, ВИЧ-ин-

фицированные, онкологические пациенты, больные, принимающие или недавно отменившие кортикостероидные и цитотоксические препараты, длительно иммуобилизированные пациенты, недавно родившие и кормящие женщины, больные с врожденным или приобретенным иммунодефицитом в анамнезе).

О состоянии развивающегося иммунодефицита свидетельствует так называемый синдром хронической усталости.

Однако одним из наиболее характерных для ВИЧ-инфекции симптомов на всех стадиях болезни является персистирующая генерализованная лимфаденопатия.

Кроме этого, подозрение на ВИЧ-инфекцию должно возникать при наличии у пациента заболеваний бактериальной и вирусной этиологии, принимающих затяжной характер или плохо поддающихся стартовой терапии.

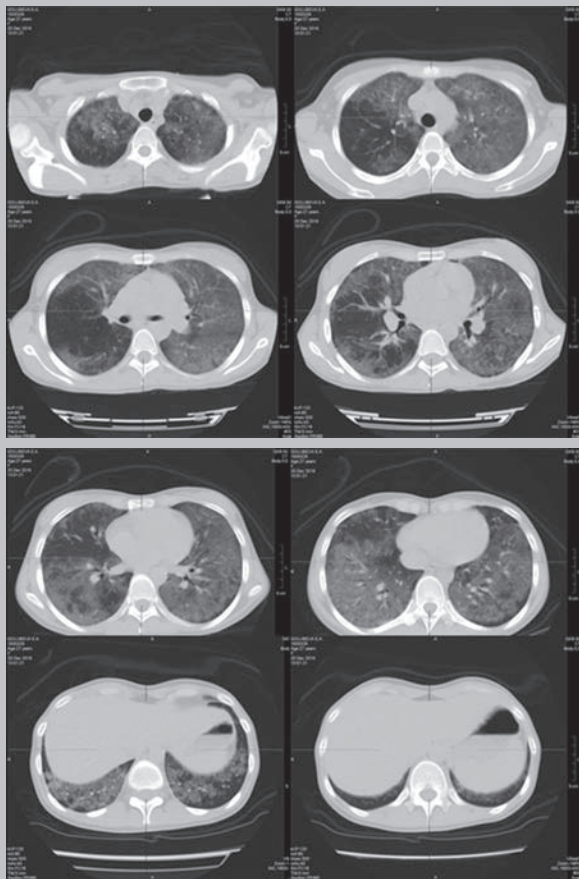
Следует отметить, что именно у этой категории больных могут возникать необычные инфекционные болезни, и при лихорадке, сопровождающей инфильтративный процесс в легких, можно думать о пневмоцистной, а не пневмококковой пневмонии.



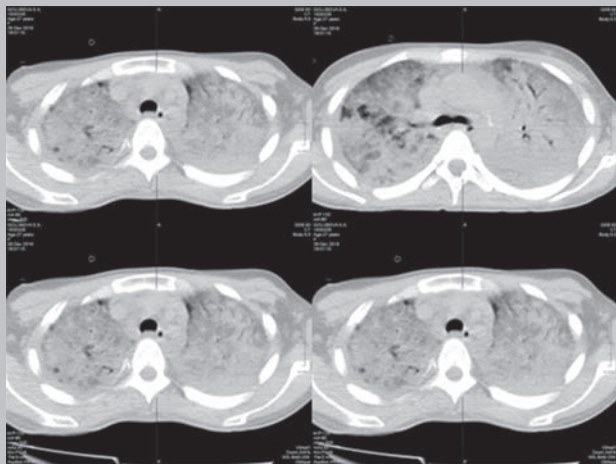
БОЛЬНАЯ Г., 27 лет, госпитализирована в многопрофильный стационар по каналу СМП с диагнозом «внебольничная пневмония». Жалобы при поступлении на малопродуктивный кашель, повышение температуры тела до 39,0 °С, возникшие остро за 10 дней до госпитализации. В поликлинику не обращалась. Самостоятельно принимала аугментин 1000 мг 2 раза в сутки, отхаркивающие препараты без положительного эффекта. Известно, что работает продавцом, от гриппа не прививалась.

В приемном отделении при осмотре состояние было расценено как средней тяжести, выявлена бледность кожных покровов. Температура тела — 38,4 °С. ЧДД — 18 в минуту, при аускультации легких дыхание жесткое, хрипы не выслушивались. АД — 110/70 мм рт. ст, ЧСС — 90 ударов в минуту. В анализе крови гемоглобин — 127 г/л, лейкоциты — $5,9 \cdot 10^9$ /л, СОЭ — 55 мм/ч, С-реактивный белок — 88,96, гипопротеинемия: общий белок 0–43, гипоальбуминемия — 13. В анализе мочи воспалительных изменений не выявлено. При рентгенографии органов грудной клетки в двух проекциях выявлена правосторонняя нижнедолевая пневмония. Для дальнейшего лечения пациента направлена в терапевтическое отделение, где в качестве стартовой терапии были назначены антибиотики цефалоспоринового ряда. На 2-й день пребывания в стационаре отмечено ухудшение состояния в виде появления одышки, цианоза, снижение SpO_2 до 70%, в связи с чем была выполнена МСКТ легких без контрастирования. Выявлена картина двусторонней

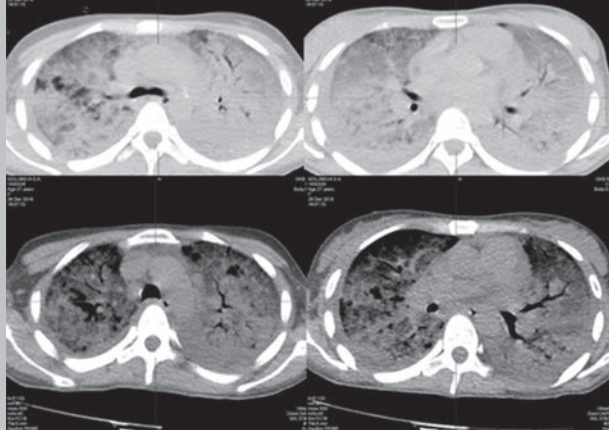
полисегментарной интерстициальной пневмонии, лимфаденопатии, воздушной буллы справа.



В связи с явлениями дыхательной недостаточности больная переведена в реанимационное отделение. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, состояние прогрессивно ухудшалось. На 8-е сутки от момента поступления при контрольной КТ органов грудной полости выявлена резко отрицательная динамика в виде признаков гидростатического отека легких и легочной гипертензии на фоне массивных инфильтративных изменений. Выпот в обеих плевральных полостях.



В анализе крови отмечалось снижение гемоглобина до 84 г/л, MCV — 78,7 фл, незначительное повышение лейкоцитов — до $11,0 \times 10^9$. Больная переведена на ИВЛ.



В связи с особенностью течения болезни, неэффективностью проводимой терапии взят анализ крови на антитела к ВИЧ. На 18-е сутки пребывания в стационаре получен положительный анализ на иммуноблот, больная переведена в инфекционную больницу.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК ПРИ ЛИХОРАДКЕ

Во всех случаях уточнение причины лихорадки имеет очень большое значение.

Тщательное изучение анамнеза, полный, а при необходимости и повторный осмотр пациента в сочетании с данными стандартных лабораторных тестов: клинического анализа крови, включая определение СОЭ, и анализа мочи, остаются основой стартовой диагностики пациента с лихорадкой неясного генеза.

Сбор анамнеза

Поскольку лихорадка имеет множество потенциальных причин, тщательный сбор анамнеза имеет первостепенное значение.

Большое внимание следует уделить детальному опросу для выяснения хронологической последовательности развития симптоматики.



При диагностике лихорадочных состояний необходимо учитывать эпидемиологическую обстановку. В пользу инфекционного заболевания свидетельствует информация о местах недавнего пребывания больного, особенно о далеких поездках, контактах с домашними или дикими животными и птицами, лицами с похожей симптоматикой, с туберкулезными больными, половые контакты.

Например, наиболее вероятной причиной остропротекающей лихорадки в Юго-Восточной Азии или Африке служит один из арбовирусов или возбудитель малярии. Если пациент приехал из местности с высоким риском заражения малярией или туберкулезом, в первую очередь следует подозревать эти заболевания. С другой стороны, у людей, вернувшихся из краткосрочных поездок в другие страны, лихорадка, по всей видимости, будет «домашней» по происхождению, а не той страны, из которой они вернулись.

У пациентов, которые имели контакт с животными, следует подозревать зоонозные болезни.

В приведенной ниже таблице указаны некоторые «анамнестические ключи», имеющие диагностическое значение при выявлении сведений о контакте с некоторыми животными и употреблении ряда пищевых продуктов.

Анамнестические «ключи» к диагнозу:

Контакт и пищевые продукты	Возможный диагноз
Птицы	Сальмонеллез, орнитоз
Коты	Токсоплазмоз, болезнь «кошачьей царапины», лихорадка-Q.
Собаки	Бешенство, бруцеллез, лептоспироз, сальмонеллез
Коровы	Бруцеллез, лептоспироз, сибирская язва, ящур, лихорадка-Q, туберкулез,
Овцы и козы	Бруцеллез, сибирская язва, хламидиоз, энцефалит клещевой
Свиньи	Листериоз, бруцеллез, сальмонеллез
Грызуны	Блошинный сыпной тиф, псевдотуберкулез, сибирская язва, содоку, туляремия, чума
Блохи	Эрлихиоз, Болезнь Лайма
Молочные продукты	Сальмонеллез, иерсиниоз, бруцеллез, лихорадка-Q
Цыпленок, свинина	Сальмонеллез, иерсиниоз
Моллюск	Сальмонеллез
Рыба	Гельминтозы

При сборе хирургического анамнеза важны указания на недавно выполненные оперативные вмешательства, включая имплантацию протез-



зов, а также хирургические болезни (аппендицит, холецистит, панкреатит, дивертикулит), которые могут быть причиной абсцессов брюшной полости и малого таза, инфекционного эндокардита, тромбофлебитов, ТЭЛА, вирусных гепатитов. После имплантации протезов может развиваться остеомиелит. Группа риска инфекционных осложнений — пожилые пациенты, лица, страдающие алкоголизмом и сахарным диабетом.

Травмы, падения, ДТП с повреждением внутренних органов могут быть причиной нагноившихся гематом, а переломы костей — остеомиелита.

В урологическом анамнезе указания на мочекаменную болезнь — риск развития пиелонефрита. Макрогематурия и лихорадка предполагает исключение гипернефромы.

В гинекологическом анамнезе важна информация о регулярности и характере менструаций, недавних родах и абортах (гнойно-воспалительные заболевания), сексуальном партнере. При лихорадке всегда нужно помнить о болезнях, передающихся половым путем: ВИЧ, гепатит, гонорея, сифилис.

Обязательно следует изучить семейный анамнез с целью выявления наследственных

причин лихорадки, таких как семейная средиземноморская лихорадка. Следует также выявить наличие среди ближайших родственников пациентов, страдающих лимфопролиферативными заболеваниями, хроническими воспалительными заболеваниями толстого кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит).

Уточните, получал ли пациент в прошлом медицинскую помощь по поводу нынешнего состояния и, если получал, каковы были ее результаты.

Любой прием предписанного врачом или продаваемого без рецепта лекарства должен быть отмечен, так как следует исключить медикаментозную лихорадку.

Дальнейшая диагностическая концепция должна строиться с учетом знания частоты встречаемости заболеваний, сопровождающихся лихорадкой, в зависимости от **пола, возраста и социального статуса пациента**.

Например, у женщин молодого возраста кроме вирусных инфекций частой причиной лихорадки являются гинекологические заболевания и пиелонефрит. Женщины значительно реже мужчин болеют туберкулезом. Мужчины заболевают туберкулезом преимущественно в воз-



расте 40 лет и старше, женщины — в возрасте 20–40 лет.

У детей чаще встречаются инфекционные заболевания, в том числе ОРВИ, грипп, детские и энтеровирусные инфекции, болезни, вызванные простейшими. В детском возрасте эти заболевания сопровождаются более длительной лихорадкой, чем у взрослых. Кроме этого, причиной лихорадки у детей может быть поствакцинальная реакция, прорезывание зубов.

В **молодом возрасте** лихорадка также может быть вызвана вирусными заболеваниями, но детские инфекции не рассматриваются как болезни первого ряда. Следует исключить инфекционный мононуклеоз, ЦМВ-инфекцию, токсоплазмоз, а также болезни, передающиеся половым путем. В этом возрасте бывает дебют системных заболеваний.

Имеется старое правило: «при ЛНГ у молодых ищи туберкулез, а у пожилых — рак».

У пожилых пациентов следует исключать онкогематологические заболевания, системные заболевания соединительной ткани, особенно ревматическую полимиалгию и артериит височной артерии. Однако чаще других встречаются обострения уже имеющейся патологии или ее осложнения. Особое внимание следует обратить



на осложнения сахарного диабета, которые часто сопровождаются лихорадкой и являются непосредственной причиной смерти этих пациентов. По нашим данным, среди подтвержденных при аутопсии осложнений сахарного диабета кроме часто встречающейся пневмонии (36,7%), были: ХПН (27,5%) и гнойно-септические осложнения: пиелонефрит (8,3%), гнойный бронхит (10%), перитонит (5%), гнойный холецистит (6,7%).

Например, у пожилого мужчины, страдающего сахарным диабетом, перенесшего операцию по удалению предстательной железы, острая лихорадка, скорее всего, будет обусловлена инфекцией мочевых путей. В дифференциальном ряду — раневая инфекция, инфаркт легкого или пневмония, а не грипп и ОРВИ.

Эти положения наглядно иллюстрирует следующий клинический пример.

Больной Ш, 68 лет, доставлен бригадой СМП в приемное отделение стационара в крайне тяжелом состоянии с диагнозом «внебольничная пневмония». Со слов жены, несколько лет назад перенес инфаркт миокарда, страдал сахарным диабетом, гипертонической болезнью. АД и уровень гликемии не контролировал, рекомендованные врачами препараты



не принимал. Перенесенные операции: резекция желудка по поводу прободной язвы (2008 год), пластика ущемленной пупочной грыжи (2012 год).

Заболел остро за неделю до поступления, когда появилось повышение температуры до фебрильных цифр, не сопровождающееся какими-либо другими симптомами. Обращался в поликлинику, неоднократно вызывал скорую помощь. Ставился диагноз ОРВИ, назначались жаропонижающие препараты с кратковременным эффектом. В приемном отделении на ЭКГ зафиксирован пароксизм фибрилляции предсердий неизвестной давности. Больной был направлен в отделение неотложной кардиологии. Анализы крови и мочи выполнены не были. Через 30 минут от момента поступления, несмотря на реанимационные мероприятия, констатирована смерть.

Клинический диагноз на секцию:

■ Основное заболевание: ИБС: постинфарктный кардиосклероз.

■ Фон: Гипертоническая болезнь 3 ст. Ожирение 3 ст. Сахарный диабет 2-го типа.

■ Осложнения: Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма. Пароксизм неизвестной давности. ТЭЛА. Пневмония. Диабетическая нефропатия. Отек легких. Отек головного мозга.

■ Сопутствующие заболевания: Резекция желудка по поводу прободной язвы (2008 год). Пластика ущемленной пупочной грыжи (2012 год).

**Патологоанатомический диагноз:**

■ Основное заболевание: Двусторонний апостематозный пиелонефрит.

■ Фон: Сахарный диабет 2-го типа. Атрофия, склероз и липоматоз поджелудочной железы. Ожирение 3 ст.

■ Осложнения: Серозный перикардит. Петехиальные кровоизлияния на висцеральной плевре. Гиперплазия пульпы селезенки. Острое общее венозное полнокровие. Жировой гепатоз. Отек головного мозга.

■ Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца: концентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца — 610 г, толщина стенки левого желудочка — 2,5 см, правого — 0,4 см). Атеросклероз аорты (2-я стадия, 3-я степень). Резекция желудка по поводу прободной язвы от 2008 г. Пластика ущемленной пупочной грыжи от 2012 г.

Заключение о причине смерти: Больной Ш., 68 лет, страдающий двусторонним апостематозным пиелонефритом на фоне сахарного диабета и ожирения, умер от гнойной интоксикации.

Расхождение диагнозов по 1 категории (причина — тяжесть состояния и краткость пребывания в стационаре).

Социальный статус пациента сегодня приобретает значение одного из ведущих диагностических критериев. Кроме того, в



некоторых спорных случаях именно правильная оценка социального статуса позволяет произвести корректную дифференциальную диагностику. Речь идет прежде всего о социально неблагополучных слоях населения (лица без определенного места жительства, злоупотребляющие алкоголем, наркотическими веществами). Судить о социальном статусе в некоторых случаях позволяют косвенные критерии, а именно: условия быта, образование, наличие или отсутствие рабочего места и прочее, не говоря уже об объективных клинических признаках хронической алкогольной поливисцеропатии, которая в настоящее время приобретает статус самостоятельной нозологии. Являясь фоном для многих заболеваний внутренних органов, она осложняет их течение, а также снижает эффективность проводимой терапии, увеличивая частоту неблагоприятных исходов.

Например, знание **социальных групп риска инфицирования и заболевания туберкулезом** во многом помогает в диагностике этого опасного заболевания:

- ✓ лица без определенного места жительства, мигранты, неработающие/безработные, освобожденные из мест лишения свободы;
- ✓ лица, злоупотребляющие алкоголем и/или психоактивными веществами;

- ✓ проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания.

Таким образом, расспрос больного относительно начала болезни, ее течения, возможных причинах и сопутствующих симптомах является одним из самых главных ключей к диагнозу.

Физикальное обследование

Важность осмотра пациента определена в высказываниях великих клиницистов прошлого. О том, как нужно проводить осмотр больного, а особенно это подходит к теме лихорадок, очень ярко написал М.Я. Мудров (1776–1831):

«Нужно врачу пробежать все части тела больного, начиная с головы до ног, а именно — первое всего надо уловить наружный вид больного и положение его тела...взглядеться в лицо его, глаза, лоб, щеки, рот и нос, на каких часто, как на картине, печатлеется и даже живописуется образ болезни...смотреть и осязать язык как вывеску желудка...обратить внимание на кожу, сухость ее и влажность, теплоту и холод, цвет и сыпи...».

Главные правила осмотра: больной должен быть осмотрен **в теплом помещении, при ес-**

тественном освещении, последовательно и полностью (без одежды).

«Нельзя исследовать больного, как попало... Единственный верный, хотя более медленный и тяжелый путь есть соблюдение полноты и известного, однажды принятого порядка в исследовании...» Г.А. Захарьин

Осмотр начинается сразу при входе пациента в кабинет, когда при первом взгляде нужно обратить внимание на походку, конституцию, цвет кожи. Так, снижение массы тела у больного с лихорадкой может свидетельствовать о злокачественных новообразованиях, туберкулезе, ВИЧ-инфекции, а также о тиреотоксикозе.

Наличие высыпаний предполагает инфекционное или системное заболевание, лекарственную лихорадку. Петехии указывают на тромбоцитопению, которая может быть связана с коллагеновым заболеванием и, если сопровождаются пурпурой — менингококковую или гонококковую бактериемию. Симптомы инфекционного эндокардита включают пятна Джаневея (неравномерная, мономорфная, безболезненная гиперемия ладоней, подошв, дистальных фаланг) и узелки Ослера (маленькие, болезненные, гиперемированные припухлости на руках и но-



гах). Об эндокардите также свидетельствуют положительные «симптом щипка» — проявление петехий на коже внутренней стороны предплечья или надключичной области после ущемления ее пальцами или сдавления ее жгутом или манжетой — «симптом жгута» (Кончаловско-го-Румпеля-Леде). Геморрагическое поражение сетчатки (пятна Рота) могут встречаться и при инфекционном эндокардите, и при лейкозе. Кожные синдромы являются проявлением дерматомиозита, СКВ, узелкового артериита, паранеопластических процессов и могут быть представлены узловой эритемой. Внимательный осмотр кожи поможет выявить следы инъекций и инфильтраты.

Наличие отеков может свидетельствовать о ЗСН — факторе риска осложнений при лихорадках. Гипопротеинемические отеки возникают при нагноительных заболеваниях и сепсисе.

Болезненность глубоких вен нижних конечностей, несимметричный отек могут быть проявлением тромбофлебита.

Поражение суставов типично для ревматического заболевания или коллагеноза.

Обязателен осмотр ротоглотки с обращением особого внимания на миндалины: обычные, рыхлые, увеличены, уменьшены, гиперемиро-

ванные, наличие налетов. Необходимо оценить состояние зубов.

NB! *Локальная симптоматика может помочь заподозрить поражение того или иного органа.*

Следует тщательно пальпировать лимфатические узлы, обращая особое внимание на надключичную, подключичную, подмышечную и паховую области. Фибрилляция предсердий — фактор риска ТЭЛА. Большое значение имеет выявление шумов в сердце, особенно диастолических. Шумы могут свидетельствовать о пороках сердца и эндокардите. Обнаружение уплотнений в брюшной полости является первым шагом к диагностике опухоли. Увеличение селезенки, определяемое пальпаторно, может свидетельствовать об инфекционном заболевании, лейкозе, лимфоме и уводит от мысли об опухоли однородной плотности. Одновременное увеличение печени и селезенки может свидетельствовать о некоторых инфекционных заболеваниях, лимфоме, лейкозе или циррозе печени. Увеличение печени без увеличения селезенки может быть признаком гепатитов, первичного рака печени, абсцесса или метастатического поражения. Обследование прямой



кишки и органов малого таза поможет обнаружить новообразования или абсцессы, например латентный параректальный абсцесс или поражение простаты, обследованием яичек можно выявить опухоль или туберкулезное поражение. Исследование органов таза может обнаружить признаки воспалительных явлений (например, выделения из влагалища или цервикального канала или болезненность в нижних отделах брюшной полости, придатках и шейке матки).

Методику **исследования менингеальных симптомов** у лихорадящих больных должен знать и уметь выполнять врач любой специальности. Подтвердить наличие менингита помогут следующие симптомы:

- ✓ **Ригидность затылочных мышц** — ранний и постоянный симптом менингита. В положении лежа при попытке наклонить голову пациента появляется боль из-за повышенного тонуса мышц шеи. Больной «бережет свой затылок».
- ✓ **Симптом Кернига** — при попытке разогнуть ногу в коленном суставе, предварительно согнутую в тазобедренном и коленном суставе под углом 90 градусов, появляется сопротивление.

- ✓ **Верхний симптом Брудзинского** — при проверке ригидности мышц шеи происходит сгибание нижних конечностей в коленных суставах.
- ✓ **Средний симптом Брудзинского** — при надавливании на область лонного сочленения происходит сгибание конечностей в коленных суставах.
- ✓ **Нижний симптом Брудзинского** — при проверке симптома Кернига с одной стороны происходит сгибание конечностей с другой стороны.

Так, возможным проявлением менингеального синдрома является **симптом Лафоры** (заострившиеся черты лица больного), описанный испанским врачом G.R. Lafora как ранний признак менингита. Он может сочетаться с **тоническим напряжением жевательных мышц** (тризмом), который характерен для тяжелых форм менингита, а также для столбняка и некоторых других инфекционных болезней, сопровождающихся выраженной общей интоксикацией. Проявлением тяжело протекающего менингита является и своеобразная поза больного, известная как **поза «легавой собаки»** или **поза «введенного курка»**: больной лежит с запро-



кинутой назад головой и подтянутыми к животу ногами. Признаком резко выраженного менингеального синдрома может быть и **опистотонус** — напряжение мышц-разгибателей позвоночника, ведущее к запрокидыванию головы и тенденции к переразгибанию позвоночного столба. При раздражении мозговых оболочек возможны **симптом Биккеля**, для которого характерно почти перманентное пребывание больного с согнутыми в локтевых суставах предплечьями, а также **симптом одеяла** — тенденция к удержанию больным стягиваемого с него одеяла, который проявляется у некоторых больных менингитом даже при наличии измененного сознания.

Немецкий врач О. Leichtenstern (1845–1900) в свое время обратил внимание на то, что при менингите перкуссия лобной кости вызывает усиление головной боли и общее вздрагивание (**симптом Лихтенштерна**).

Многие диагностические подсказки можно легко упустить при первом осмотре. Повторные качественные осмотры пациента иногда выявляют транзиторные симптомы, которые могут стать ключом к основному диагнозу, а именно: непостоянные высыпания, новый кардиальный шум, вовлечение в процесс новых групп лимфоузлов, от-

сутствие повышения температуры при повторных измерениях в присутствии врача и другие.

NB! Выявление дополнительного симптома или синдрома позволяет сузить круг предполагаемой патологии.

Стартовые методы дополнительного обследования дают основу для дальнейшей дифференциальной диагностики.

К **стартовым методам диагностики** относятся:

- ✓ Развернутый клинический (общий) анализ крови;
- ✓ Биохимический анализ: АЛС, АСТ, СРБ, ЩФ, билирубин;
- ✓ RW, антитела к ВИЧ;
- ✓ Общий анализ мочи;
- ✓ Посев мочи и/или крови на стерильность;
- ✓ Рентгенография легких;
- ✓ УЗИ брюшной полости и органов малого таза — по показаниям.

ДИАСКИНТЕСТ — недорогой скрининговый тест для диагностики туберкулеза, который может быть назначен всем пациентам с лихорадкой неясного генеза.



Дальнейшее обследование следует выполнять в зависимости от полученных результатов и предварительной диагностической концепции. Простые «симптомы-подсказки», найденные во время стартового обследования, часто помогают врачу склониться к одной из групп заболеваний, лежащих в основе лихорадки неясного генеза.

Например, если симптоматика напоминает таковую при инфекционном заболевании и подтверждается данными эпиданамнеза, то ведущее значение при дообследовании приобретают микробиологические и серологические методы исследования. Напротив, у больных среднего и пожилого возраста из группы риска опухолевых заболеваний наилучшими методами диагностики являются КТ, МРТ, биопсия (при наличии возможности забора материала) или изотопное сканирование.

Методы получения изображения

NB! *Необходимость применения визуализирующих методик (рентгенографии, УЗИ, МРТ и т.д.) следует обосновывать клиническим подозрением на конкретные заболевания, а не просто назначать пациенту исследования по какому-ли-*

бо списку. Например, появившийся в динамике сердечный шум даже на фоне отрицательного посева крови на стерильность — повод для проведения трансторакальной или, при возможности, чреспищеводной эхокардиографии).

Рентгенография. Рентгенография органов грудной клетки позволяет выявить пневмонию, туберкулез, рак или метастатическое поражение легких, а также саркоидоз, альвеолит, инфаркт легкого или лимфому, обнаружить выпот в плевральных полостях. При подозрении на инфекцию мочевых путей выполняется внутривенная урография. Часто важную информацию получают при повторном просмотре рентгенограмм другим специалистом. Для уточнения причины лихорадки может понадобиться рентгенологическое исследование придаточных пазух носа, а также костей. При наличии информации о вероятном поражении того или иного органа или системы по показаниям выполняют пероральную, внутривенную, чреспеченочную или ретроградную эндоскопическую холангиографию и аортографию.

Ультрасонография. Этот метод ультразвукового исследования широко применяется для



выявления патологических изменений и образований в брюшной полости, почках, забрюшинном пространстве или органах тазовой полости. Необходимо помнить, что данный метод исследования по разным причинам может давать как ложноположительные, так и ложноотрицательные результаты.

Радиоизотопное сканирование. Сцинтиграфией легких можно выявить эмболию легочной артерии, а при одновременном сканировании печени и легких — поддиафрагмальный абсцесс. При сцинтиграфии более четко, чем при рентгенографии, обнаруживаются костные метастазы или признаки остеомиелита. Сцинтиграфия почек бывает информативной при диагностике гипернефромы.

Компьютерная томография (КТ). КТ — это эффективный метод выявления поддиафрагмальных, брюшных и тазовых абсцессов, диагностики опухолей, гематом или поражений лимфатических узлов в забрюшинном пространстве, которые часто служат причиной лихорадки неясного генеза. КТ также прекрасный метод выявления патологических изменений в печени, хотя некоторые специалисты считают, что ультрасонография более эффективна для визуализации желчного пузыря и желчевыводящих путей.



При отсутствии уточненного диагноза назначаются дополнительные методы углубленной диагностики, которые являются более инвазивными, труднодоступными или дорогостоящими.

Таким образом, диагностика проводится ступенчато, с постепенным возрастанием степени инвазивности исследований.

Дополнительные методы исследования назначаются в следующих случаях:

- ✓ **Пункция костного мозга** — при подозрении на миеломную болезнь, гемобластозы, злокачественные новообразования;
- ✓ Биопсия печени — при подозрении на гранулематоз;
- ✓ Биопсия височной артерии — при подозрении на гигантоклеточный артериит;
- ✓ Биопсия лимфатических узлов — при диагностике многих заболеваний, включая лимфомы, опухолевые метастазы, туберкулез¹;

¹ Паховые лимфоузлы не являются самыми информативными для взятия биопсии, однако используются наиболее часто вследствие их легкой доступности. Биопсия подмышечных, шейных и подключичных лимфоузлов дает, как правило, больше информации.

- ✓ Биопсия легкого, мышц, кожи, слизистой желудочно-кишечного тракта, кости (по показаниям).

Если проведенные диагностические процедуры оказались малоинформативными, проводят диагностическую лапароскопию или лапаротомию, которые бывают наиболее информативны у больных с опухолями однородной плотности и с внутрибрюшными абсцессами.

Оценив клинические, лабораторные и инструментальные данные, необходимо провести дифференциальную диагностику в зависимости от выявленной патологии с использованием алгоритмов диагностики и лечения (см. Приложение).

ЗНАЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛИХОРАДОЧНЫХ СОСТОЯНИЙ

Лейкоцитоз сопровождает все практически все бактериальные инфекции с образованием или без образования нагноений. Отсутствие лейкоцитоза при этих болезнях указывает или на легкую форму, или на особенно тяжелое, токсическое течение болезни. Лейкоцитоз бывает при многих неинфекционных процессах, сопровождаемых лихорадкой: инфаркте миокарда, опухолях, гемобластозах.

Лейкемоидная реакция (чрезмерно высокий лейкоцитоз) с сильным сдвигом формулы влево может быть при костных метастазах, диабетической и уремической коме, милиарном туберкулезе, пневмонии, в стадии выздоровления

после агранулоцитоза, иногда при раке без явных метастазов в кости.

NB! Лейкоцитоз менее выражен и даже может отсутствовать при туберкулезе (исключение, милиарный туберкулез).

Нейтрофильного лейкоцитоза **не бывает** при малярии, вирусных заболеваниях, многих формах туберкулеза

С лейкопенией протекают некоторые вирусные заболевания (грипп, корь, краснуха, эпидемический паротит), брюшной тиф и паратифы, бруцеллез, лихорадка Денге, агранулоцитоз и другие. Тяжелый милиарный туберкулез иногда протекает с выраженной лейкопенией.

Абсолютный лимфоцитоз развивается при следующих заболеваниях: инфекционном мононуклеозе, цитомегаловирусной инфекции, токсоплазмозе, вирусном гепатите, бруцеллезе, коклюше, туберкулезе и сифилисе.

«Атипичный» лимфоцитоз представлен большими широкими клетками с широким окрашенным в бледно-голубой цвет ободком цитоплазмы и характерен для инфекционного мононуклеоза (обычно в сочетании с лейкоцитозом) и цитомегаловирусной инфекции. В литературе такие атипичные лимфоциты называют клетка-

ми Дауни (по имени американского гематолога, описавшего их в 1923 году).

Абсолютные лимфопении (без или только с незначительным лейкоцитозом) сопутствуют милиарному туберкулезу и лимфогранулематозу. При милиарном туберкулезе этот симптом имеет такое большое значение, что при нормальном числе лимфоцитов этот диагноз исключается.

Эозинофилия часто является важным клиническим признаком для выявления паразитарной инфекции. Повышение количества эозинофилов является симптомом многих хронических инфекционных заболеваний или проявляется в период выздоровления при бактериальных инфекциях. Эозинофилия бывает неинфекционной природы и сопровождается бронхиальную астму, васкулиты, саркоидоз, лимфомы, лекарственную аллергию.

Моноциты в крови повышены в редких случаях, а именно:

- ✓ **При некоторых инфекциях** (инфекционный мононуклеоз (виروциты, атипичные мононуклеары), вирусные гепатиты, грибковые поражения, риккетсиоз, а также туберкулез, сифилис и бруцеллез);
- ✓ **При заболеваниях крови** (острый лейкоз, хронический миелолейкоз, истинная

полицитемия, моноцитарный и миеломоноцитарный лейкоз, некоторые онкологические заболевания);

- ✓ **При системных заболеваниях** (ревматизм и системная красная волчанка).

Сочетание лихорадки и **снижения гемоглобина** наблюдается при апластической анемии, нагноительных процессах (абсцессах, эмпиеме, апостематозном пиелонефрите), инфекционном эндокардите, сепсисе, онкогематологических заболеваниях (например, при гипернефроме, раке желудка, кишечника) и другой патологии.

Лихорадкой могут сопровождаться аутоиммунные гемолитические анемии. Гемолиз развивается при малярии, сифилисе, токсемии, вызванной *S. perfringens*, особенно обусловленной послеабортным сепсисом, реже — при инфекционном мононуклеозе.

Ускорение СОЭ зависит прежде всего от повышения содержания фибриногена и глобулинов за счет уменьшения альбуминов.

СОЭ ускорена при ограниченных нагноительных процессах, при большинстве бактериальных инфекций, лептоспирозах, а также при коллагенозах и острых лейкозах. Наивысшие значения находят при миеломе, гипернефроме, сепсисе.

ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА: от синдрома к диагнозу

Упрощает диагностику причины лихорадки и помогает постановке правильного диагноза выявление следующих синдромов, а также знание патологии, ими сопровождающейся:

- ✓ **суставно-кожно-мышечный синдром** (возникает при ревматоидном полиартрите, системной красной волчанке, дерматомиозите, узелковом периартериите, бруцеллезе, трихинеллезе и др.);
- ✓ **лимфаденопатия** (с наибольшей частотой выявляется при инфекционном мононуклеозе, остром лейкозе, хроническом лимфолейкозе, лимфогранулематозе, лимфосаркоме, реактивном лимфадените, саркоидозе, туберкулезе, метастатическом поражении лимфатических узлов и др.);



- ✓ **спленомегалия** (при сепсисе, абсцессе или туберкулезе селезенки, малярии, остром лейкозе, хроническом лимфолейкозе, инфекционном мононуклеозе, лимфогранулематозе, лимфосаркоме и др.);
- ✓ **гепатомегалия** (сопровождает холангит, абсцесс, первичный рак или метастатическое поражение печени и др.);
- ✓ **анемия** (выявляется при апластической, гемолитической или B_{12} -дефицитной анемиях, нагноительных процессах, раке желудка или кишечника, гипернефроме, миелодиспластическом синдроме, сепсисе, остром лейкозе и туберкулезе и др.);
- ✓ **нейтропения** (встречается при иммунном агранулоцитозе, миелотоксическом агранулоцитозе и периодической нейтропении);
- ✓ **поражения легких, плевры и средостения** (при пневмонии, туберкулезе легких, бронхогенном раке, абсцессе легкого, эмпиеме плевры, пневмокониозах, периодической болезни, лимфогранулематозе, лимфосаркоме, диффузных поражениях легких, фиброзирующем альвеолите, саркоидозе легких и др.);
- ✓ **поражения сердечно-сосудистой системы** (при первичном или возвратном рев-



мокардите, инфекционном эндокардите, синдроме Дресслера, миксоте предсердий, рецидивирующей ТЭЛА, неспецифическом аортоартериите, височный артериите, флеботромбозе, узелковом артериите и др.);

- ✓ **мочевой синдром** (может быть вызван пиелонефритом, туберкулезом почек, сепсисом, инфекционным эндокардитом, гипернефромой, ревматоидным артритом и др.);
- ✓ **поражения органов желудочно-кишечного тракта** (при нагноительных процессах в брюшной полости (абсцессы различной локализации), региональном илеите (болезнь Крона), неспецифическом язвенном колите, злокачественных новообразованиях, туберкулезном перитоните, узелковом артериите, лимфогранулематозе, лимфосаркоме и др.);
- ✓ **лихорадка в сочетании с кожными поражениями** (при аллергических и псевдоаллергических реакциях, рожистом воспалении, узловатой эритеме, паранеопластических кожных синдромах, панникулите (болезнь Вебера-Крисчена), дерматомиозите, узелковом артериите, СКВ и ревматоидном артрите).

СТАНДАРТНЫЕ ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ

...Не только успехи, но и ошибки
станут источником знания.

Гиппократ

Организатор патологоанатомической службы в нашей стране и создатель научной школы академик Ипполит Васильевич Давыдовский полагал, что **«Врачебные ошибки представляют собой добросовестные заблуждения врача без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества».**

Стандартные врачебные ошибки можно разделить на 2 большие категории:

- ✓ ошибки диагностики;
 - ✓ ошибки в выборе методов лечения больных.
- К первой категории относятся:
- ✓ **Поверхностный осмотр пациента**, нарушающий правила пропедевтики, и, как



правило, ограничивающийся термометрией, аускультацией легких и измерением АД (например, вследствие проведения первичного осмотра пожилого пациента с острой лихорадкой, не снимая одежды, была пропущена гангрена мошонки, что привело к сепсису и летальному исходу);

✓ **невнимательный сбор анамнеза;**

Больной Т., 58 лет, госпитализирован в терапевтическое отделение многопрофильного стационара по СМП с предварительным диагнозом: «ХОБЛ: обострение. ОРВИ».

Заболел остро за 5 дней до поступления, когда появился озноб, повышение t до $38,5^{\circ}\text{C}$, головная боль, снижение аппетита. Амбулаторно принимал антибиотики без эффекта, в связи с чем госпитализирован. В анамнезе: многолетняя артериальная гипертензия, сахарный диабет легкого течения. В анализе крови $\text{Hb } 155\text{ г/л}$, $\text{L} — 8,0 \times 10^9 \text{ л}$, тромбоциты — $35 \times 10^9 \text{ л}$, $\text{СОЭ} — 40 \text{ мм/ч}$, выявлено повышение креатинина до 142 мкмоль/л . Анализ мочи без существенных отклонений от нормы. Больному выполнены рентгенография органов грудной клетки, ЭхоКГ, УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства — патологии не выявлено. В стационаре фебрильная лихорадка сохранялась в течение недели с кратковременным эффектом от антипиретиков. Ретроспективно вы-



яснено, что на 5–6-й день болезни отмечалось появление олигурии. Цвет мочи не изменился. Сыпи, нарушения зрения не было. В связи с неясностью причины лихорадки, больной консультирован выездной бригадой инфекционистов. Во время сбора эпиданамнеза была получена дополнительная информация, которая имела решающее значение в постановке диагноза. Выяснено, что приблизительно за 1,5 месяца до начала заболевания пациент выезжал на охоту во Владимирскую, Ивановскую область, жил в деревенских домах, где обитают мыши. Получен высокий титр антител в РНИФ ГЛПС, повторно консультирован инфекционистом, установлен диагноз: ГЛПС. Для дальнейшего лечения больной переведен в инфекционную больницу.

- ✓ **отсутствие собственной диагностической концепции** и «слепая» вера мнению предыдущих специалистов и, следовательно, направление диагностики на подтверждение «ложного» диагноза (например, повторные посевы крови при подозрении на сепсис при его отсутствии). В таком случае нужно руководствоваться правилом: «Если запутался, вернись в начало». Важно повторно расспросить больного, осмотреть его и тщательно изучить медицинскую документацию, после чего



провести дополнительные лабораторные исследования в соответствии с новой диагностической гипотезой;

- ✓ **игнорирование отдельных выявленных симптомов**, которые могли бы объяснить причину лихорадки;
- ✓ невыполнение **дифференциальной диагностики заболеваний, сопровождаемых сходными симптомами и синдромами**, что может способствовать проведению диагностики в ложном направлении;
- ✓ **«Авторитетное», но ошибочное мнение узкого специалиста** (врача УЗИ, функциональной диагностики, рентгенолога и т.д.) или **представителей высшей медицинской школы**;
- ✓ **Переоценка значения мнения консультантов** (инфекционистов, фтизиатров, хирургов, урологов, ЛОР-врачей), которые в связи с нетипичным течением болезни у конкретного больного с ЛНГ, могут ошибочно отвергнуть «свои» заболевания;
- ✓ **недостаточная информированность о возможностях дополнительных методов диагностики**;



- ✓ **недостаток знаний, что необходимо отличать от профессионального невежества (не говоря уже о преступной халатности);**
- ✓ **ошибки, связанные с неадекватностью методики бактериологического исследования** (нарушения техники забора крови и биологических жидкостей, неправильно выполненный посев, несвоевременный забор материала);
- ✓ **неадекватность методики и/или переоценка результатов биопсии л/у.** Так, для биопсии следует выбирать наиболее плотный (а не самый большой или доступный) л/у. Предпочтение следует отдавать резекции лимфоузла с последующим гистологическим изучением;
- ✓ **преувеличение значения лабораторных показателей и инструментальных методов обследования в ущерб клиническому мышлению.** По выражению известного американского кардиолога Б. Лауна, это явление получило название «кибернетический перенос», когда терапевт начинает верить аппаратуре больше, чем своим рукам. Например, следует учитывать, что даже при сепсисе в 10–20%



случаев возбудитель не высевается. Нормальная эхокардиографическая картина, особенно при трансторакальной ЭхоКГ, не исключает инфекционного эндокардита, а ложноположительные результаты встречаются при миксоматозной дегенерации створок, разрывах хорд и предсердных миксомах.

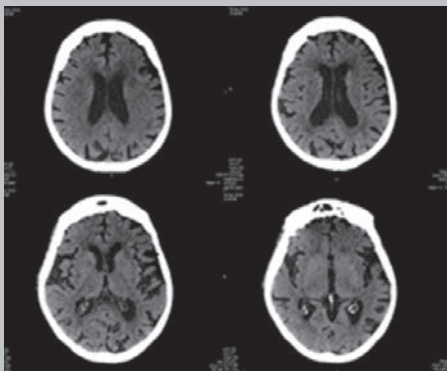
Больная Т., 90 лет, госпитализирована в терапевтическое отделение многопрофильного стационара с жалобами на одышку при привычной физической нагрузке, отеки голеней, сердцебиение. Ухудшение состояния в течение последних двух недель.

В анамнезе имеются указания на перенесенный несколько лет назад инфаркт миокарда, пароксизмальную форму фибрилляции предсердий, гипотиреоз, микроцитарную анемию. Постоянно принимала конкор 5 мг, сотагексал 40 мг, диувер 5мг.

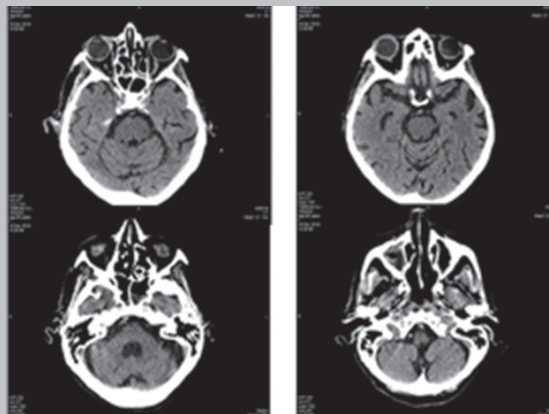
Состояние при поступлении средней степени тяжести, отеки голеней и стоп, при аускультации выслушивалось ослабленное дыхание симметрично в нижних отделах легких. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД — 110/70 мм рт. ст., ЧСС — 70 ударов в минуту. В анализе крови была выявлена анемия (Hb — 87г/л, MCV — 69,4 фл), ускорение СОЭ до 62 мм/ч при нормальном количестве лейкоцитов ($9,0 \times 10^9$ л).



На фоне проводимого лечения у больной были нивелированы явления НК, больная готовилась к выписке. Однако на 7-е сутки пребывания в стационаре появилась лихорадка до $38,4^{\circ}\text{C}$, сопровождаемая проявлениями интоксикации, была назначена антибактериальная терапия. Еще через 4 дня на фоне интоксикации возникло нарушение сознания, в связи с чем больная была переведена в ОРИТ. Осмотрена неврологом, уровень сознания — сопор, рекомендовано выполнить КТ головного мозга в связи с подозрением на ОНМК. При КТ выявлено расширение наружных и внутренних ликворных пространств, лейкоареоз. В тексте протокола отмечено, что правая гайморова пазуха субтотально выполнена патологическим содержимым, аналогичное содержимое (в меньшем количестве) в основной пазухе.



Перивентрикулярные и субкортикальные зоны лейкоареоза. Расширение наружных и внутренних ликворных пространств. Ликворная киста на уровне базальных ядер справа.



Частичное обизвествление стенок
позвоночных артерий и сифонов ВСА

Дано заключение: при наличии соответствующих клинических данных КТ — картина может соответствовать дисциркуляторной энцефалопатии. Признаки полисинусита.

Во время осмотра данной пациентки профессором кафедры при аускультации сердца выявлен диастолический шум. В связи с наличием лихорадки, анемии, ускорения СОЭ, эпизода потери сознания, было высказано предположение о наличии инфекционного эндокардита с тромбоэмболическим синдромом и рекомендовано выполнить ЭхоКГ и перфузионную сцинтиграфию легких.

В результате проведенных исследований эхокардиографических признаков инфекционного эндокардита выявлено не было. В протоколе сцинтиграфии



описаны признаки нарушения перфузии на субсегментарном уровне обоих легких на фоне эмфиземы, что может трактоваться как перенесенная тромбоэмболия на субсегментарном уровне неустановленного срока давности. Но в заключении сказано: вероятность тромбоэмболии низкая. Таким образом, по результатам дополнительных методов исследования, инфекционный эндокардит и ТЭЛА были отвергнуты. Для дальнейшего лечения больная переведена в терапевтическое отделение. Состояние прогрессивно ухудшалось и на 16-е сутки пребывания в стационаре констатирована смерть.

На секцию сформулирован следующий **клинический диагноз:**

Основной: 1) ИБС: постинфарктный кардиосклероз.

2) Хроническая ишемия головного мозга.

Фон: Гипертоническая болезнь 3-й стадии.

Осложнения: Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма, пароксизм неизвестной давности с восстановлением синусового ритма на догоспитальном этапе. НК2Б. Длительная иммобилизация. Двусторонняя пневмония. Восходящий цистопиелонефрит. Интоксикация. ХБП. Нормоцитарная анемия. Отек головного мозга.

Сопутствующая патология: Язвенная болезнь желудка, ремиссия. ЖКБ: хронический калькулезный холецистит.

Патологоанатомический диагноз:

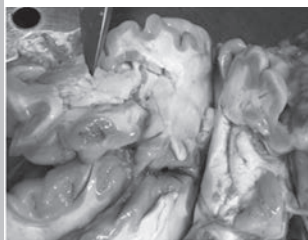
■ **Основное заболевание:** Подострый полипозный инфекционный эндокардит с поражением митрального клапана

Результаты аутопсии:

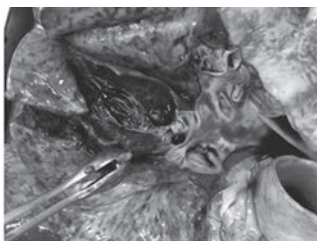
Веgetации на створках
митрального клапана



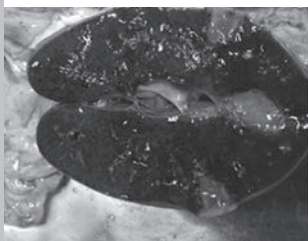
Инфаркт головного
мозга



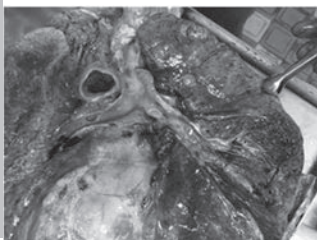
ТЭЛА



Инфаркт селезенки



Гнойный бронхит





■ **Фон:** Атеросклеротический комбинированный порок митрального клапана: кальцинированные фиброзные бляшки на атриальной поверхности створок митрального клапана и по краям замыкания, сращение и деформация створок и сухожильных нитей митрального клапана, кальциноз и костная метаплазия фиброзного кольца левого атриовентрикулярного отверстия. Артериальная гипертензия: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца — 480 г, толщина ЛЖ — 2,5 см, ПЖ — 0,4 см). Выраженная дилатация полостей. Артериолосклеротический нефросклероз. Атеросклероз аорты и ее ветвей 3, IV.

■ **Осложнения:** Хроническое общее венозное полнокровие. Двусторонний гидроторакс. (500 мл). Гидроперикард (100 мл). Тромбоэмболия единственной субсегментарной ветви правой легочной артерии. Микроцитарная анемия: Hb — 87 г/л, MCV — 69,4 фл. Тромбоэмболический синдром: множественные инфаркты селезенки, головного мозга. Отек и набухание вещества головного мозга.

■ **Сопутствующие заболевания:** ХОБЛ: хронический обструктивный бронхит с формированием цилиндрических бронхоэктазов. Диффузный сетчатый пневмосклероз. Хроническая ишемия головного мозга: атрофия коры больших полушарий, внутренняя гидроцефалия, множественные мелкие старые кисты белого вещества головного мозга.

Заключение: расхождение диагнозов 1-й категории: не распознано основное заболевание — инфекцион-

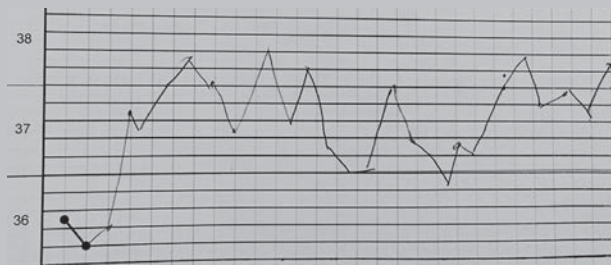
ный эндокардит, осложненный тромбоэмболическим синдромом, важнейшим органическим проявлением которого явился инфаркт головного мозга.

- ✓ **ошибки, связанные с тяжестью состояния больного**, не позволяющие провести необходимые диагностические манипуляции, а также редко встречающаяся патология. В качестве иллюстрации можно привести следующий **клинический пример**.

Пациент Ч., 84 года, госпитализирован в многопрофильный стационар в отделение реанимации с диагнозом «внебольничная пневмония» с жалобами на повышение t до 38°C , слизистые выделения из носа, выраженную слабость. Со слов родственников, лихорадка в течение 4 дней. Кроме этого, больной дезориентировался во времени и пространстве, перестал самостоятельно передвигаться по квартире. Кашля, одышки не было.

При осмотре: состояние тяжелое, сопор. В легких на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушивались единичные влажные мелкопузырчатые хрипы справа в нижних отделах. ЧДД 19 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС — 98 ударов в минуту. АД — 140/70 мм рт. ст. При рентгенографии органов грудной клетки выявлены эмфизема легких и пневмо-

склероз. Рентгенологических признаков пневмонии нет. В анализе крови лейкоцитоз ($17,2 \times 10^9$) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерные — 24), СОЭ 49 мм/мин, повышение креатинина до 121 мкмоль/л, глюкозы крови до 11,4 ммоль/л. В анализе мочи pH 5, лейкоциты — 15–20, эритроциты 11–12, белок — 1,0, бактериурия. Осмотрен неврологом: Хроническая ишемия головного мозга на фоне атеросклероза сосудов головного мозга, артериальной гипертензии, интоксикации. Эндокринологом установлен впервые выявленный сахарный диабет. При выполнении УЗИ выявлен переполненный мочевой пузырь со взвесью, кисты правой почки, гиперплазия предстательной железы. Таким образом, с учетом клинических и инструментальных данных, предположительной причиной лихорадки была восходящая уроинфекция на фоне сахарного диабета, ДГПЖ, иммобилизации. Проводилась комбинированная антибактериальная терапия. На фоне проводимого лечения состояние оставалось тяжелым, лихорадка сохранялась, температурная кривая имела следующий вид.





Нарастали явления отека головного мозга. Больной повторно осмотрен неврологом. В описании неврологического статуса дополнительно отмечено наличие общей мышечной ригидности, мышечный тонус D=S. Менингеальные знаки не выявлялись. При КТ головного мозга выявлено расширение наружных и внутренних ликворных пространств. Диффузное и очаговое снижение плотности белого вещества головного мозга (лейкоареоз), признаки церебрального атеросклероза. Заключение: КТ-картина может соответствовать дисциркуляторной энцефалопатии. На 14-е сутки констатирована смерть.

Клинический диагноз на секцию:

Основной: Хроническая ишемия головного мозга, декомпенсация.

Фон: Гипертоническая болезнь 3-й стадии.

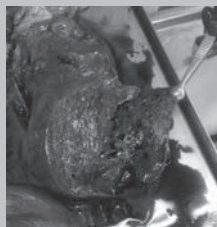
Осложнения: Длительная иммобилизация. Пневмония. Рецидивирующая задержка мочеиспускания. Восходящий цистопиелонефрит. Интоксикация. Кахексия. Отек головного мозга.

Сопутствующее заболевание: ДГПЖ.

Результаты аутопсии:



Менингит



Правосторонняя нижне-
долевая пневмония



Гипертрофия миокарда
левого желудочка



Атероматоз аорты

Патологоанатомический диагноз:

Основное заболевание: Хроническая ишемия головного мозга: атрофия вещества головного мозга, множественные мелкие кисты в области базальных ядер, наружная и внутренняя гидроцефалия. Стенозирующий атеросклероз сосудов основания головного мозга (3-я степень, IV стадия, стеноз до 40%).

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек: концентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 350 г, толщина стенки левого желудочка 1,6 см, правого 0,2 см). Артериолосклеротический нефросклероз.

Осложнения: Правосторонняя нижнедолевая бронхопневмония. Гнойный менингит. Кахексия. Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Атеросклероз аорты (3-я степень, 4-я стадия). Узловая гиперплазия предстательной железы.



От ред.: Во многих случаях терапевты не рассматривают возможность менингита как причины возникновения лихорадки, особенно у пожилых пациентов. Вместе с тем такие случаи участились и приводят к расхождению диагнозов. Поэтому в нашей книге мы обратили особое внимание врачей на особенности клиники и диагностики менингитов.

Вторая категория стандартных ошибок включает:

- ✓ **назначение антибиотиков широкого спектра всем больным с лихорадкой.** Следует помнить, что лихорадка связана с инфекционным процессом только у трети пациентов и чаще обусловлена другими причинами, при которых антибиотики могут причинить вред больному (например, при СКВ назначение антибиотиков может вызвать ухудшение состояния пациента);
- ✓ **назначение ГКС,** которые угнетают лихорадку любого происхождения (за счет подавления иммунного ответа и выделения интерлейкина-1), что затрудняет дальнейшую диагностику, а также могут способствовать генерализации первичного очага инфекции;



- ✓ **системное (курсовое) назначение жаропонижающих средств.** Следует помнить, что устранив лихорадку, можно не заметить обострения инфекции, вызванной неадекватной терапией, или пропустить развитие осложнений, требующих неотложного лечения. Повторную дозу жаропонижающего препарата можно применять только после нового повышения температуры до определенного уровня;
- ✓ **назначение антипиретиков вместе с антибиотиками,** поскольку это может маскировать эффективность лечения и задержать смену антибиотика (исключение — судороги или нарушения теплоотдачи);
- ✓ **ошибкой является назначение детям ацетилсалициловой кислоты (аспирина),** использование которого запрещено в связи с выраженными токсическими эффектами и развитием синдрома Рея, а также **применение внутрь метамизола натрия** (анальгина) из-за опасности развития агранулоцитоза.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО С ЛИХОРАДКОЙ

Принципы термометрии

Обычно максимальная температура тела отмечается вечером — в 17–21 часов, минимальная — в 3–6 часов как у здоровых людей, так и у большинства лихорадящих больных. Температуру, как правило, измеряют 2 раза в день: утром натощак (с 7 до 9 часов) и вечером (с 17 до 19 часов). По назначению врача температуру можно измерять каждые 2–3 часа. Не следует измерять температуру у спящих больных.

Места измерения температуры тела

- ✓ Подмышечные впадины;
- ✓ Полость рта (термометр помещают под язык);
- ✓ Паховые складки (у детей);

- ✓ Прямая кишка (как правило, у тяжело-больных; температура в прямой кишке обычно на 0,5–1°C выше, чем в подмышечной впадине);
- ✓ Барабанная перепонка (как правило, у детей тимпаническим инфракрасным термометром).

За рубежом считается, что температура, измеренная в подмышечной впадине, неточно характеризует температуру тела, и температуру измеряют в **полости рта** (под языком) — в течение 3 минут **классическим ртутным термометром** и в течение 1 минуты **современными моделями термометров**. При этом истинной лихорадкой считают температуру в полости рта выше 37,9 °C. «Золотым стандартом» в детской практике считается измерение температуры тимпаническим термометром, фиксирующим инфракрасное излучение барабанной перепонки. Термометр оказывается максимально приближен к центру терморегуляции — гипоталамусу. Точность измерения соответствует ректальным, однако процедура длится не более 2 с.

NB! Максимальная летальная температура тела составляет 43°C, минимальная — 23–15°C.

В большинстве случаев лихорадка не требует лечения, особенно если ее причина не ясна.

Исключение составляют следующие случаи:

1) развития осложнений (усиление тканевого катаболизма, дегидратация);

2) угроза сердечной или дыхательной недостаточности;

3) возможность поражения ЦНС (бред и судороги).

Лечение назначают при возникновении этих осложнений, а также при плохой переносимости лихорадки.

Тепловой удар и злокачественная гипертермия не являются собственно «лихорадкой», имеют другой патогенез и относятся к неотложным состояниям, требующим незамедлительной диагностики и лечения.

Если вероятный или окончательный диагноз установлен, лечение концентрируется на основной болезни. Эмпирическое лечение антибиотиками или кортикостероидами может быть необходимо у тяжелых больных или при быстром ухудшении состояния пациента, но, вообще, эмпирическое лечение без знания окончательного диагноза не рекомендуется. Эмпирическое использование антибиотиков или кортикостероидов может замаскировать основную причину



ЛНГ или подавлять лихорадку при усиливающейся основной инфекции.

Если диагноз не был установлен, а пациент стабилен, можно назначить препараты, которые являются основными жаропонижающими средствами на сегодняшний день: парацетамол или ибупрофен как средство симптоматической помощи. Необходимо отметить, что парацетамол обладает жаропонижающим, анальгезирующим и очень слабым противовоспалительным эффектом, т.к. реализует свой механизм преимущественно в центральной нервной системе и не обладает периферическим действием. Ибупрофен имеет более выраженный жаропонижающий, анальгетический и противовоспалительный эффекты, что определяется его периферическим и центральным механизмом. При использовании парацетамола следует помнить об опасности передозировки и связанного с ней гепатотоксического действия, особенно у пациентов с поражением печени. Парацетамол назначают в дозе 10–15 мг/кг, (суточная доза 60 мг/кг), ибупрофен 5–10 мг/кг (суточная доза 20 мг/кг). В таких дозах эти препараты оказывают одинаковое жаропонижающее действие. У взрослых допустимо назначение ацетилсалициловой кислоты. Детям этот препарат противопоказан в связи с риском развития синдрома Рея.

При назначении антипиретиков необходимо соблюдать следующие правила:

- ✓ Жаропонижающие лекарственные средства не назначаются курсом, т.к. при этом меняется температурная кривая и резко затрудняется диагностика
- ✓ Очередной прием жаропонижающего препарата нужен только при повторном подъеме температуры тела до определенного уровня!
- ✓ Не следует принимать жаропонижающие препараты совместно с антибиотиками, что затрудняет оценку их эффективности

Особенности назначения жаропонижающих средств детям

- ✓ Не следует применять жаропонижающие средства при любой температурной реакции;
- ✓ При отсутствии у ребенка факторов риска развития осложнений лихорадочной реакции (фебрильные судороги, отек головного мозга и др.) жаропонижающие препараты не применяют при t ниже $38-38,5^{\circ}\text{C}$;
- ✓ При ухудшении общего состояния и самочувствия ребенка, ознобе, миалгии, бледности на фоне лихорадки, независимо от степени ее выраженности, жаропонижающие средства назначаются незамедлительно;

- ✓ У детей из группы риска при неблагоприятном течении лихорадки («бледная лихорадка») с выраженной интоксикацией, жаропонижающие препараты назначают даже при субфебрильной температуре (выше 37,5 °С), при «розовой лихорадке» — при температуре, превышающей 38,0 °С;
- ✓ Жаропонижающие средства обязательны при гипертермическом синдроме, когда происходит быстрое и неадекватное повышение температуры тела, сопровождающееся нарушением микроциркуляции, метаболическими расстройствами и прогрессивно нарастающей дисфункцией жизненно важных органов и систем.

Снижение температуры тела не должно быть критическим: не обязательно добиваться ее нормальных показателей, достаточно понизить температуру на 1–1,5°.

Исключение составляют дети до года, старики, неврологические и кардиологические больные.

У таких больных повышение температуры более 38,0 недопустимо!

В качестве вспомогательного средства допускается проведение **физического охлаждения организма:**

- ✓ раздеть пациента с учетом температуры воздуха в помещении;



- ✓ положить «холод» на крупные сосуды (паховые, подмышечные области);
- ✓ при необходимости — обтереть водой комнатной температуры или водочно-водно-уксусной смесью;
- ✓ **тело надо именно обтереть, а не растереть.** Капли с кожи должны сами испариться и удалить лишнее тепло;
- ✓ обтирание **холодной водой или водкой не показано**, так как может привести к спазму периферических сосудов и уменьшению теплоотдачи.

Критерии тяжести состояния, требующего немедленной госпитализации пациентов с фебрильной лихорадкой без проведения дифференциальной диагностики

- ✓ Признаки токсикоза (нарушение сознания, сонливость, отказ от питья и еды, бледность или цианоз кожных покровов).
- ✓ Кома.
- ✓ Менингеальные симптомы.
- ✓ Тяжелые расстройства дыхания (цианоз носогубного треугольника, «стонущее» дыхание, затрудненное дыхание).
- ✓ Тяжелое обезвоживание (2–3-й степени).

- ✓ Судороги.
- ✓ Признаки шока (время наполнения капилляров подногтевого ложа более 3 секунд).

Тактика врача поликлиники при лихорадке неясного генеза (ЛНГ)

- ✓ Интенсивное недельное амбулаторное обследование по алгоритму. ЛНГ.
- ✓ В случае неустановленного диагноза показана госпитализация в инфекционное отделение стационара.

Показания для консультации инфекциониста в поликлинике

- 1) подозрение на инфекционное и паразитарное заболевание;
- 2) длительная лихорадка более одного месяца без установленной причины;
- 3) расстройство стула (диарея) более одного месяца;
- 4) снижение массы тела более чем на 10% от первоначального при обычном питании;
- 5) увеличение лимфатических узлов 2 и более групп более 1 месяца;
- 6) повторное воспаление легких в течение 1 года;
- 7) рецидивирующие гнойно-воспалительные и паразитарные заболевания.

ПОСЛЕСЛОВИЕ

Разумное назначение адекватных диагностических процедур у больных с длительно протекающими лихорадками неясного генеза приводит к установлению диагноза почти в 90% случаев. Смертность особенно высока у пожилых, так как у этой категории больных источником лихорадки часто служат опухолевые заболевания. Большинство больных хорошо реагируют на медикаментозное или хирургическое лечение или же выздоравливают спонтанно.

Однако среди больных с ЛНП встречаются пациенты, у которых, несмотря на тщательное обследование, верифицировать диагноз не удастся. Частота нерасшифрованных после обследования лихорадок колеблется, по разным данным, от 5 до 26% и определяется рядом факторов (особенности и характер заболевания, уровень обследования, адекватность и информативность используемых методов и т. д.).

По данным катамнеза, в ряде случаев лихорадка спонтанно исчезала и в дальнейшем не рецидивировала. Наиболее вероятно, причиной лихорадки здесь служили различные инфекционно-воспалительных заболевания, которые не были своевременно диагностированы. Не исключено, что у некоторых больных



имело место спонтанное выздоровление от туберкулеза. Следует помнить о существовании так называемых периодических лихорадок с длительным безлихорадочным периодом.

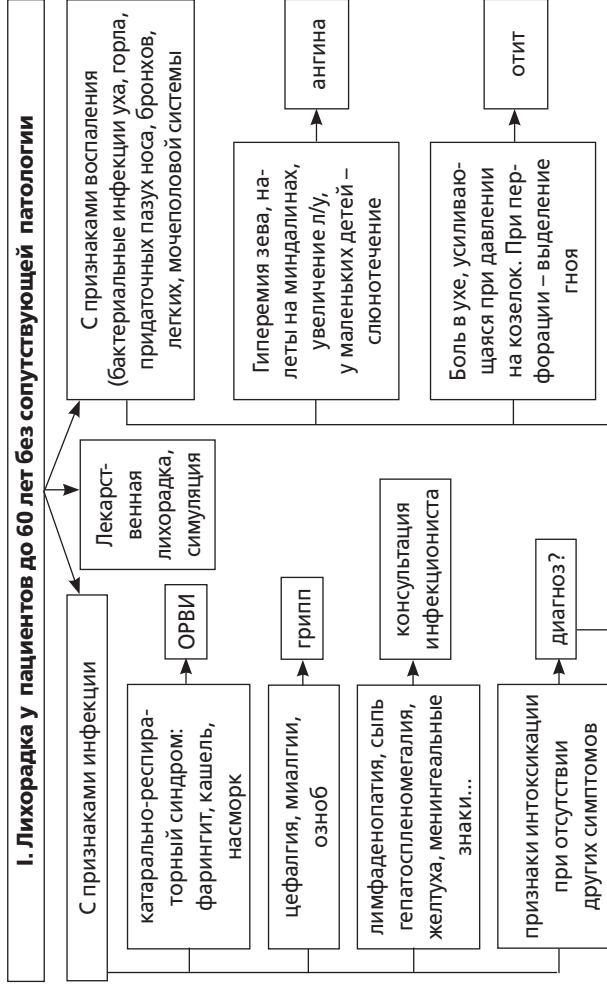
Рецидив лихорадки может возникать через длительный промежуток времени и ошибочно расценивается врачом как новое заболевание. В ряде случаев постановка диагноза при нерасшифрованных лихорадках становится возможной только при длительном наблюдении за больными, когда появляются какие-то дополнительные признаки. Поэтому больные с неустановленным диагнозом подлежат тщательному динамическому наблюдению. Если причина лихорадки осталась неясной, то это обязательно должно быть отражено в медицинских документах. В подобных ситуациях диагноз ЛНП, как это ни парадоксально, более оправдан, чем такие искусственно сфабрикованные диагнозы, как пневмония, хронический пиелонефрит и другие.

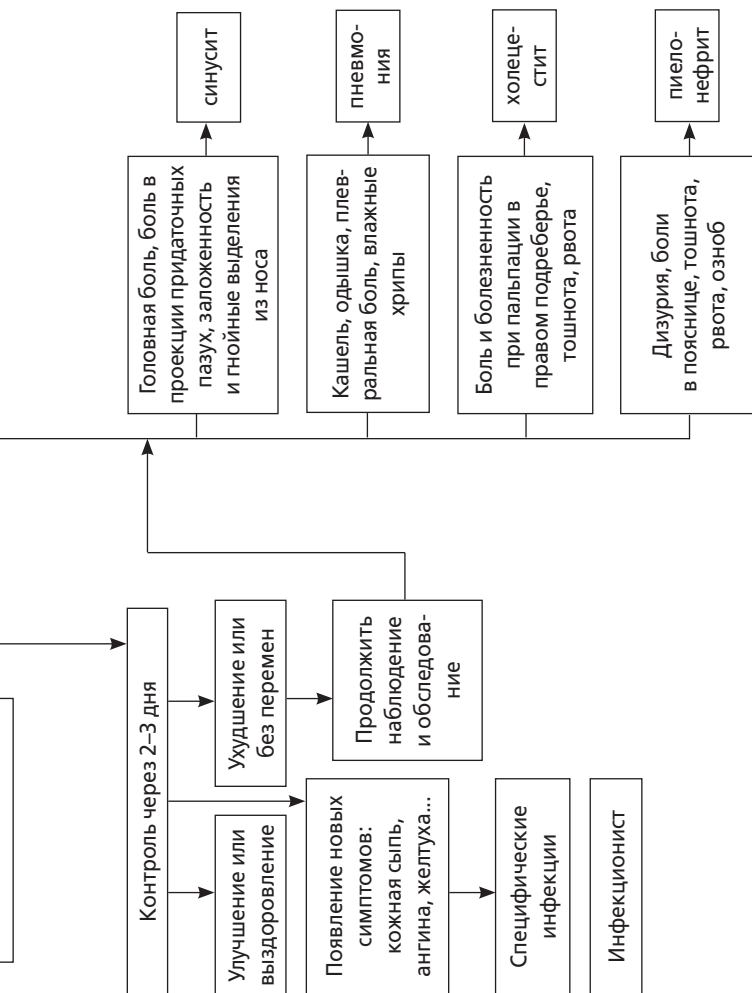
К сожалению, при секционном исследовании умерших пациентов с нераспознанной ЛНГ (около 10%), приблизительно у половины из них выявлялись потенциально излечимые заболевания. Это означает, что при своевременной постановке диагноза этим больным можно было бы помочь!

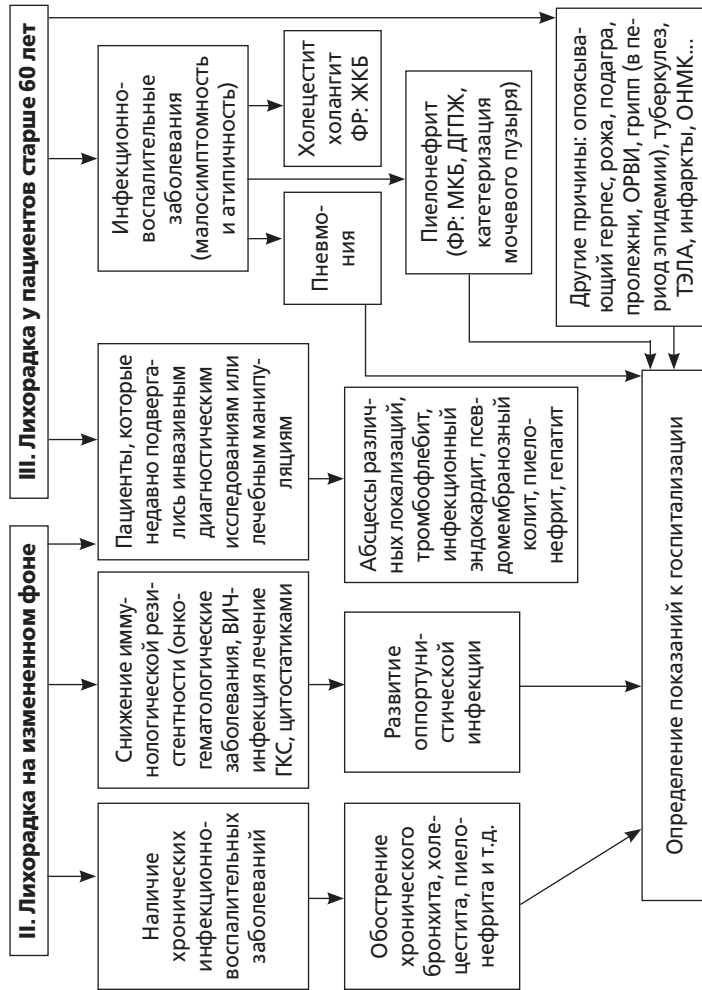
Этот факт должен нацелить врачей с большим вниманием относиться к пациентам с трудным для диагностики синдромом лихорадки и, воспользовавшись знаниями, изложенными в данной книге, с успехом справиться с решением этой проблемы.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОИСК ПРИ ОСТРОЙ ЛИХОРАДКЕ









Паранеопластический синдром

- ✓ Паранеопластический синдром — комплекс клинических и лабораторных признаков онкологического заболевания, не связанных с ростом первичного новообразования и появлением метастазов.
- ✓ Проявления:
 - рецидивирующий кандидоз или герпес;
 - высыпания по типу крапивницы;
 - тяжелый кожный зуд;
 - периферическая нейропатия;
 - узловатая эритема, кольцевая эритема, черный акантоз, герпетический дерматит, паранеопластическая пузырчатка;
 - гипертрофическая остеоартропатия;
 - мигрирующий тромбофлебит;
 - вторичный амилоидоз;
 - некротизирующий васкулит.

Локализация рака и основные синдромы

Рак желудка	• синдром малых признаков – сочетание немотивированной слабости, снижения работоспособности, утомляемости, депрессии со снижением аппетита, похуданием, явлениями «желудочного дискомфорта»; • боль и тяжесть в эпигастрии после приема пищи; • отрыжка, рвота, приносящая облегчение; • рвота «кофейной гущей» (следствие желудочного кровотечения); • анемия
Рак пищевода	• дисфагия (ощущение нарушения прохождения пищи по пищеводу), затруднения при глотании; • одинофагия (боль за грудиной во время прохождения пищи по пищеводу); • прогрессирующее похудание; • осиплость голоса

Продолжение табл.

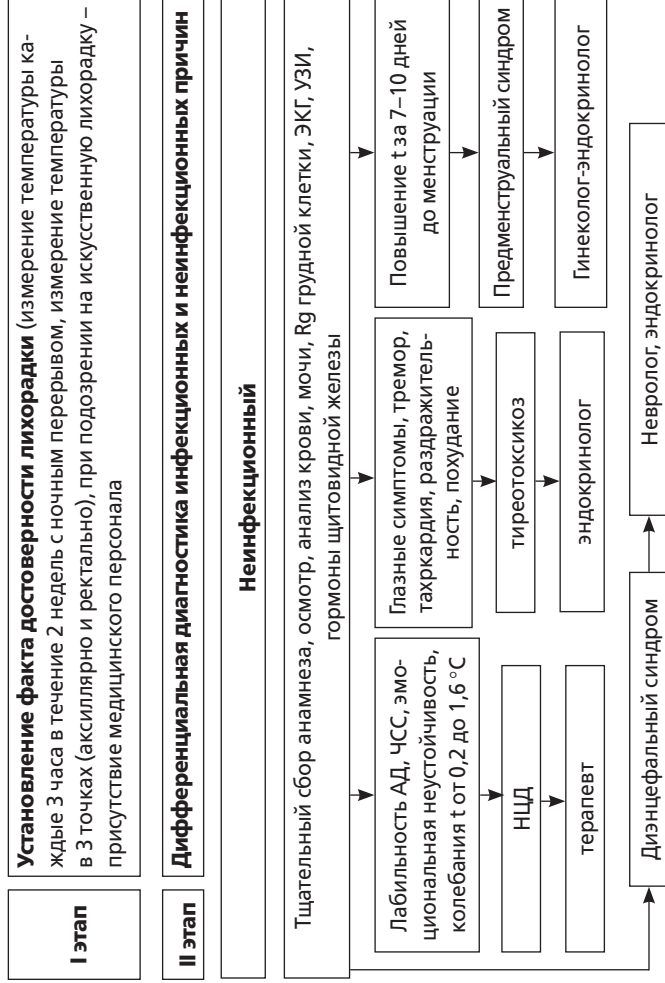
Рак легкого	• периферический рак часто протекает бессимптомно; • длительный кашель; • кровохарканье • одышка; • боль в грудной клетке; • беспричинное повышение температуры тела; • прогрессирующее похудание
Колоректальный рак	• вздутие живота; • чередование запоров и поносов; • приступы схваткообразной боли в животе; • ощущение инородного тела в заднем проходе; • ощущение неполного опорожнения прямой кишки при акте дефекации; • частые, ложные позывы на стул; • прощупываемая опухоль живота; • кишечные кровотечения (примесь кровь в кале); • анемия
Рак молочной железы	• изменение формы молочной железы, ее кожи и соска; • выделения из соска молочной железы; • пальпируемое уплотнение в молочной железе; • увеличение подмышечных лимфоузлов
Меланома кожи	• безболезненные уплотнения или длительно незаживающие язвы на коже, разрастания в некоторых участках кожи в виде бородавок; • изменение цвета давно существующей родинки, появление зуда, покалывания в области родинки; • увеличение, уплотнение или кровоточивость родимого пятна; • увеличение лимфатических узлов
Рак шейки матки	• кровотечения, не связанные с менструацией; • гнойные выделения из половых путей; • приступы боли внизу живота; • длительно существующая нелеченная эрозия шейки матки
Рак тела матки	• у молодых женщин – первичное бесплодие, ациклические маточные кровотечения, дисфункция яичников; • у женщин в постменопаузальном периоде – маточное кровотечение

*Окончание табл.*

Рак яичников	• боль, чувство дискомфорта в гипогастрии; • диспепсия; • дизурия; • нарушения менструального цикла; • увеличение живота в объеме (за счет асцита или опухолевых масс); • респираторные симптомы – одышка, кашель (следствие трансудации жидкости в плевральную полость, увеличения внутрибрюшного давления при нарастании асцита и массы опухоли)
Рак простаты	• учащенное мочеиспускание; • частые ночные мочеиспускания; • вялая струя мочи; • мочеиспускание малыми порциями; • чувство неполного опорожнения мочевого пузыря; • неприятные ощущения при мочеиспускании; • гематурия; • задержка мочеиспускания
Рак почки	• боли и тяжесть в поясничной области; • гематурия
Рак щитовидной железы	• уплотнение (опухолевое образование) на шее; • боль в области шеи, иногда распространяющаяся на область уха; • охриплость голоса, нарушение глотания; • затрудненное дыхание, кашель, не связанный с инфекционным заболеванием
Лимфопролиферативные заболевания	• увеличенные лимфоузлы на шее, в подмышечных, паховых областях, брюшной и грудной полости и др.; • прогрессирующее похудание; • одышка • боли в грудной клетке; • симптомами лимфогранулематоза являются: ✓ повышение температуры тела, ✓ упорный кожный зуд, ✓ обильный пот, особенно по ночам



Этиологический поиск при длительном субфебрилитете



Инфекционный

Исключение инфекционно-воспалительных заболеваний

Общий анализ мочи, посев мочи, анализ кала на наличие гельминтов, ЭхоКГ, посев крови, Rg-придаточных пазух носа, RW, ВИЧ, гепатиты, реакция Манту

Поиск асимптомных очагов хронической инфекции: (тонзиллогенные, одонтогенные в носоглотке, урогенитальные, желчный пузырь, бронхогенные, ИЭ)

Специфические инфекции: тифы-паратифы, токсоплазмоз, лептоспироз, ВИЧ, псевдотуберкулез, бруцеллез, туляремия, инфекционный мононуклеоз, трихинеллез, описторхоз

Туберкулез
NB:
внегочечный

Фтизиатр

Гинеколог, ЛОР, стоматолог

Инфекционист

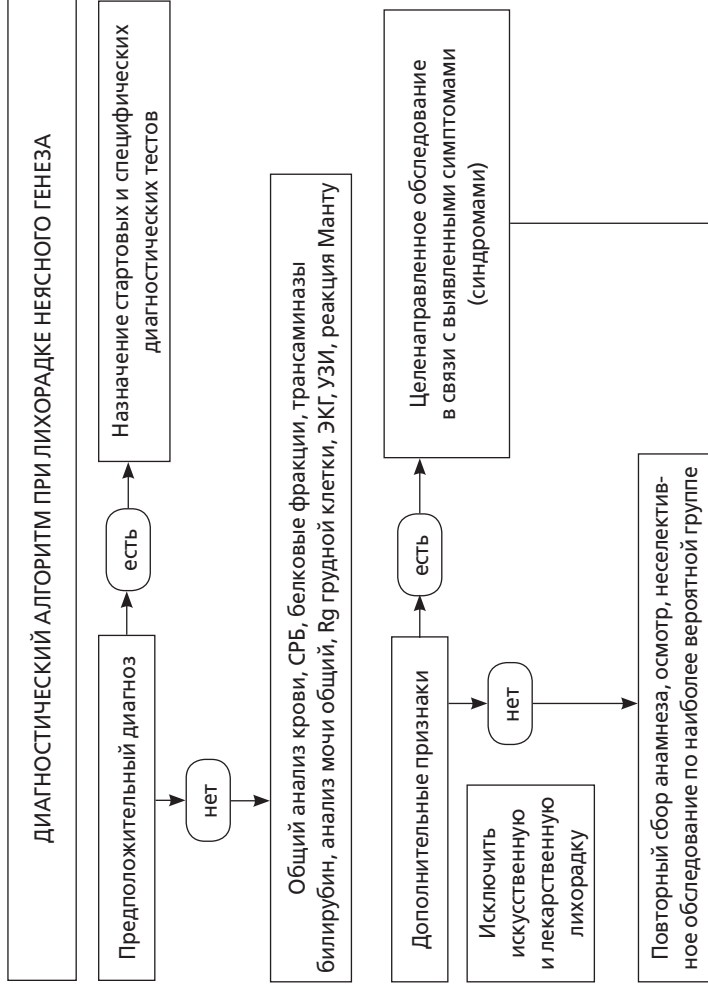
Иммунное воспаление
Гепатит
Воспалительные заболевания кишечника
Дисплазия соединительной ткани

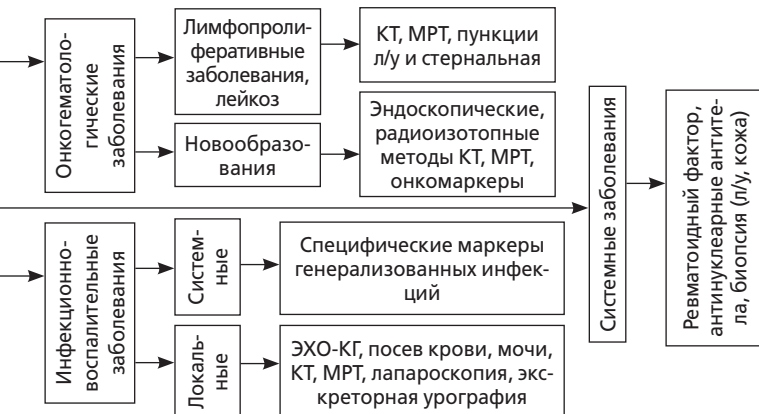
Онкопоиск

III этап

Эндоскопические, радиоизотопные методы исследования, КТ, МРТ, пункции, онкомаркеры

Онколог





ЛИТЕРАТУРА

1. Хегглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней / под редакцией Тареева Е.М. – М., «Медицина», 1965. – С. 121–182.

2. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: Справочное руководство для врачей. – М.: «Медицина», 1987. – С. 289–309.

3. Померанцев В.П. Острые лихорадочные состояния неясного происхождения в амбулаторной практике. — Терапевтический Архив, № 6, 1993. — С. 77–80.

4. Казанцев А.П., Зубик Т.М., Иванов К.С., Казанцев В.А. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней: руководство для врачей. – М., Медицинское информационное агентство, 1999. – С.7–33.

5. Шлоссберг Д., Шульман И.А. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней: практическое руководство для врачей и студентов. – «Бином», 1999. – С. 1–9.

6. Верткин А.Л., Таточенко В.К. Лихорадочный синдром у детей и взрослых: алгоритм диагностики и тактика ведения на догоспитальном этапе // Неотложная терапия, № 1–2, 2002. – С. 32–46.

7. *Верткин А.Л., Намазова Л.С., Таточенко В.К., Родюкова И.С.* Лихорадка в практике врача скорой медицинской помощи // Медицинская кафедра, 2003, № 3(7). – С. 111–125.

8. *Таточенко В.К.* Ребенок с лихорадкой // Лечащий врач, 2005, № 1. – С. 16–20.

9. *Доровских В.А. и соавт.* Дифференциальная диагностика основных клинических синдромов на догоспитальном этапе: Учебное пособие / под ред. проф. Башкатова В.А. – Благовещенск, ООО «ЭЛТ», 2007. – С. 42–52.

10. *Тимченко В.Н., Павлова Е.Б.* Современные подходы к терапии лихорадки у детей с инфекционной патологией // РМЖ, 2008, №3. – С. 113.

11. *Ослопов В.Н.* Общий (наружный) осмотр: Лекции по пропедевтике внутренних болезней, лекция № 3. – Казань, 2008. – С. 10–28.

12. *Мухин Н.А.* Лихорадка неясного генеза. – Фарматека, 2011, № 19. – С. 9–14.

13. *Денисов И.Н., Лесняк О.М.* Общая врачебная практика: Национальное руководство, Т. 2, М., «ГЭОТАР-Медиа», 2013. – С. 835–838.

14. *Дворецкий Л.И.* Лихорадка неясного генеза. Всегда ли возможна расшифровка? // Трудный пациент. Т. 13. №3, 2015. – С. 5–10.

15. *Верткин А.Л. и соавт.* Пациент с подозрением на туберкулез на амбулаторном приеме у терапевта // Амбулаторный прием, № 12, 2016. – С. 7.