

**ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России  
Кафедра факультетской и поликлинической терапии**

**О.М.ГОНЧАРОВА, Е.В.ЛОБАНОВА**

**ЛИХОРАДОЧНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА**

**УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ СТУДЕНТОВ**

**Благовещенск, 2018**

**УДК**

**Рецензенты:**

**Зав.кафедрой пропедевтики**

**внутренних болезней, д.м.н, профессор,**

**И.П.Меньшикова**

**Зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения,**

**д.м.н., профессор**

**Л.Н.Войт**

**Авторы:**

**О.М. Гончарова, доцент кафедры факультетской и поликлинической терапии  
ФГБОУ ВО Амурской ГМА**

**Е.В. Лобанова, ассистент кафедры факультетской и поликлинической терапии  
ФГБОУ ВО Амурской ГМА**

**«ЛИХОРАДОЧНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО  
ТЕРАПЕВТА»**

**Учебное пособие - Благовещенск, 2018**

Предназначено для улучшения качества диагностики и тактики ведения и лечения больных с лихорадкой неясного генеза на догоспитальном этапе.

Настоящее пособие предназначено для студентов, обучающихся по специальности «Лечебное дело».

## **СОДЕРЖАНИЕ**

<b>1. Введение</b>	<b>5</b>
<b>2. Определение лихорадки</b>	<b>6</b>
<b>3. Механизмы возникновения лихорадки</b>	<b>6</b>
<b>4. Биологическое значение лихорадки</b>	<b>7</b>
<b>5. Классификация лихорадок</b>	<b>7</b>
<b>6. Субфебрилитет</b>	<b>9</b>
<b>7. Лихорадка неясного происхождения</b>	<b>11</b>
<b>8. Дифференциальная диагностика лихорадочных состояний</b>	<b>13</b>
<b>9. Этапы дифференциально-диагностического поиска в соответствии с нозологией</b>	<b>17</b>
<b>10. Лабораторная и инструментальная диагностика</b>	<b>32</b>
<b>11. Некоторые методы лечения лихорадочных состояний</b>	<b>37</b>
<b>12. Тестовый контроль</b>	<b>39</b>

### **Список сокращений**

***ВИЧ- вирус иммунодефицита человека***

***ЖКБ- желчнокаменная болезнь***

***ИЭ- Инфекционный эндокардит***

***IgG- иммуноглобулинов класса G***

***ЛНГ-лихорадка неясного генеза***

***НЦД-нейро-циркуляторная дистония***

***НЯК- Неспецифический язвенный колит***

***ПЦР- полимеразная цепная реакция***

***ПВС- Психовегетативный синдром***

***Th-1- Т-хелперов 1-го типа***

***РА- ревматоидный артрит***

***ЦИК- циркулирующие иммунные комплексы***

***ЦНС- центральная нервная система***

***цАМФ- циклический-3',5'-аденозинмонофосфат***

## ***ВВЕДЕНИЕ***

За последние 10 лет в структуре общей заболеваемости населения Российской Федерации на 19,3% увеличилась доля инфекционных и паразитарных болезней, которые сопровождаются лихорадкой. На долю инфекционных заболеваний приходится 60%, на долю неинфекционных – 40%, из них терапевтическая патология составляет 30%.

Одним из поводов обращения больного в поликлинику является повышение температуры тела, изолированное или в сочетании с другими признаками (общее недомогание, кашель, болевой синдром различной локализации и др.). Задача врача в данной ситуации сводится к определению причины лихорадки и, при необходимости, назначению адекватного лечения. В большинстве случаев вопросы диагностики успешно решаются уже на основании рутинного обследования больного (данные анамнеза, осмотра, клинического анализа крови и мочи, рентгенологического исследования грудной клетки), а лечебная тактика определяется трактовкой полученных данных. Однако в ряде случаев клиническая ситуация оказывается диагностически не столь очевидной и вызывает у врача затруднения в “расшифровке” лихорадки и принятии решения. Как показывает опыт, наиболее частым решением в подобных ситуациях, своеобразным “клиническим ритуалом” является назначение больному антибактериальных препаратов (АП), несмотря на то, что причина лихорадки для врача остается неясной, а ее инфекционная природа сомнительной.

### **ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА. ПРАВИЛА ИЗМЕРЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА**

Температура тела - это баланс между образованием тепла в организме (в результате обменных процессов) и отдачей тепла через поверхность тела, особенно через кожу (90-95%), а также через легкие, с фекалиями и мочой. Нормальной (общепринятой) температурой тела человека считается 36,4–36,8 °С. В течение дня температура тела может меняться, ниже всего она бывает между 3 и 6 ч утра, выше всего — между 5 и 9 ч вечера. Разница между вечерней и утренней температурой у здоровых людей не превышает 0,6 °С. После приема пищи, больших физических нагрузок и в жарком помещении температура тела несколько повышается.

Согласно статистическим данным, повышение температуры тела изолирован или в сочетании с другими признаками (общее недомогание, кашель и др.) является самым частым поводом для обращения в поликлинику или вызова врача на дом.

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛИХОРАДКИ**

*Лихорадка — сложный биологический процесс, являющийся ответом на инфекцию и выражающийся в повышении температуры тела выше 38 °С.*

*Современное определение лихорадки:*

*Лихорадка - это повышение температуры тела выше 38 С в результате воздействия пирогенных раздражителей, сопровождающееся нарушением деятельности всех систем организма*

### **ГИПЕРТЕРМИЯ**

Не каждое повышение температуры тела является лихорадкой. Оно может быть обусловлено нормальной реактивностью или физиологическими процессами (физическая нагрузка, переедание, эмоционально-умственное напряжение), дисбалансом между теплопродукцией и теплоотдачей. Такое повышение температуры тела называется гипертермией.

Гипертермия может быть обусловлена неадекватной перестройкой терморегуляции на фоне нарушения микроциркуляции и метаболизма (тепловой удар, тиреотоксикоз, климактерические «приливы»), отравлением некоторыми ядами, при использовании лекарственных препаратов (кофеин, эфедрин, гипоосмолярные растворы). При тепловом и солнечном ударе помимо рефлекторных воздействий с периферических рецепторов возможно непосредственное влияние теплового излучения на температуру коры головного мозга с последующим нарушением регуляторной функции ЦНС.

### **МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЛИХОРАДКИ**

Непосредственной причиной лихорадки являются пирогены. Они могут попадать в организм извне - экзогенные (инфекционные и неинфекционные) или образовываться внутри него - эндогенные (клеточно-тканевые). Все пирогенные вещества представляют собой биологически активные структуры, способные вызвать перестройку уровня регуляции температурного гомеостаза, приводящего к развитию лихорадки.

Пирогены делят на первичные (этиологические факторы) и вторичные (патогенетические факторы).

К первичным пирогенам относятся эндотоксины клеточных мембран (липополисахариды, белковые вещества) различных грамположительных и грамотрицательных бактерий, разные антигены микробного и немикробного происхождения, экзотоксины, выделяемые микроорганизмами. Они могут образовываться при механическом повреждении ткани организма (ушибах), некрозе, например, при инфаркте миокарда (ИМ), асептическом воспалении, гемолизе и лишь инициируют лихорадку. Под воздействием первичных пирогенов в организме образуются эндогенные пирогены - цитокины, представляющие собой низкомолекулярные белки, участвующие в иммунологических реакциях. Чаще всего это монокины - интерлейкин-1 (IL-1) и лимфокины - интерлейкин-6 (IL-6), фактор некроза опухоли (Tumor Necrosis Factor, TNF), цилиарный нейротропный фактор (Ciliary Neurotrophic Factor, CNTF) и  $\alpha$ -интерферон (Interferon- $\alpha$ , IFN- $\alpha$ ). Усиление синтеза цитокинов происходит под влиянием продуктов, выделяемых микробами и грибами, а также клетками организма при их инфицировании вирусами, при воспалении, распаде ткани.

Под действием эндогенных пирогенов активируются фосфолипазы, в результате чего синтезируется арахидоновая кислота. Образующиеся из нее простагландины E<sub>2</sub> (PGE<sub>2</sub>) повышают температурную установку гипоталамуса, действуя через циклический-3',5'-аденозинмонофосфат (цАМФ).

### **БИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛИХОРАДКИ**

Лихорадка, как компонент воспалительного ответа организма на инфекцию, во многом носит защитный характер. Под ее влиянием усиливается синтез интерферонов, TNF, повышается бактерицидность полинуклеаров и реакция лимфоцитов на митоген, снижается уровень железа и цинка в крови.

Цитокины усиливают синтез белков острой фазы воспаления, стимулируют лейкоцитоз. В целом влияние температуры стимулируют иммунный ответ со стороны лимфоцитов - Т-хелперов 1-го типа (Th-1), необходимый для адекватной продукции иммуноглобулинов класса G (IgG), антител и клеток иммунной памяти. Многие бактерии и вирусы частично или полностью утрачивают способность к размножению при повышении температуры тела.

Однако с повышением температуры тела до 40 °С и выше 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.

### Классификация лихорадок

По продолжительности лихорадку подразделяют:

1. Молниеносная - от нескольких часов до 2 сут.
2. Острая - от 2 до 15 сут.
3. Подострая от 15 сут до 1,5 мес.
4. Хроническая - свыше 1,5 мес.

По высоте подъема температуры тела:

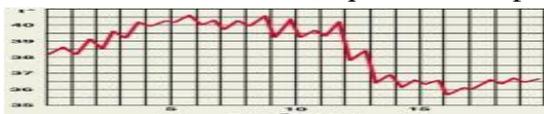
1. До  $38^{\circ}C$  – субфебрильная
  - 1) (до  $37,5^{\circ}C$  - низкий субфебрилитет
  - 2)  $37,6-38,0^{\circ}C$  - высокий субфебрилитет
2. От  $38,1$  до  $41,0^{\circ}C$  - фебрильная
  - 1) до  $39,0^{\circ}C$  – умеренная
  - 2) от  $39,1$  до  $41,0^{\circ}C$  - высокая
  - 3) свыше  $41,0^{\circ}C$  - гиперпиретическая.

По длительности:

1. До 5 суток – кратковременная
2. От 6 до 15 суток - длительная
3. Свыше 15 суток – затяжная

По типу температурной кривой:

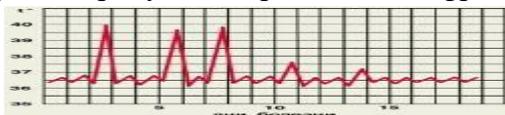
1. **Постоянная лихорадка** (febris continua) – температура тела превышает  $39^{\circ}C$ , между утренней и вечерней температурой тела различия незначительные, в течение дня остается равномерно высокой. Такой тип лихорадки встречается при нелеченной пневмококковой пневмонии, брюшном тифе, паратифе и роже.



2. **Послабляющая (ремитирующая) лихорадка** (febris remittens) – суточные колебания температуры тела превышают  $0,1^{\circ}C$ , она может опускаться ниже  $38^{\circ}C$ , но не достигает нормальных цифр; наблюдается при пневмонии, вирусных заболеваниях, ювенильном ревматоидном артрите, эндокардите, туберкулезе, абсцессах.

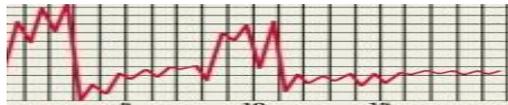


3. **Перебегающая (интермиттирующая) лихорадка** (febris intermittens) – суточные колебания максимальной и минимальной температуры тела не менее  $1^{\circ}C$ , нередко чередуются периоды нормальной и повышенной температуры; подобный тип лихорадки присущ малярии, пиелонефриту, плевриту, сепсису.



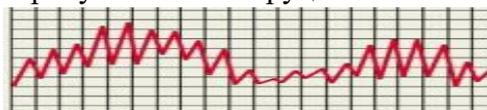
**4. Возвратная лихорадка (febris recurrens)** – высокая лихорадка в течение 2–7 дней, чередующаяся с периодами нормальной температуры тела, длящейся несколько дней.

Лихорадочный период начинается внезапно и также внезапно заканчивается. Наблюдается при возвратном тифе, малярии.

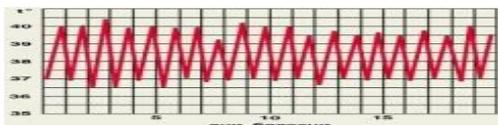


**5. Волнообразная лихорадка (febris undulans)** – проявляется постепенным нарастанием температуры тела изо дня в день до высоких цифр с последующим снижением ее и повторным

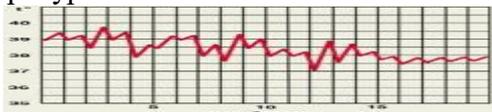
формированием отдельных волн; подобный тип лихорадки встречается при лимфогранулематозе и бруцеллезе.



**6. Истошающая, или гектическая, лихорадка (febris hectica)** температурная кривая напоминает таковую при послабляющей лихорадке, но суточные ее колебания составляют более 2–3°C; подобный тип лихорадки может встречаться при туберкулезе и сепсисе.



**7. Неправильная, или атипичная, лихорадка (irregularis или febris atypical)** – лихорадка, при которой отсутствуют какие-либо закономерности подъема и снижения температуры тела.



**В течении лихорадки различают следующие периоды.**

1. Стадия нарастания температуры (*stadium incrementi*).
2. Стадия максимального подъема (*stadium fastidium*).
3. Стадия снижения температуры (*stadium decrementi*), в течение которой возможны 2 варианта:

- критическое падение температуры тела (кризис) - быстрое снижение температуры в течение нескольких часов (при тяжелой пневмонии, малярии);

- литическое падение (лизис) - постепенное снижение температуры в течение нескольких дней (при брюшном тифе, скарлатине, благоприятном течении пневмонии).

### СУБФЕБРИЛИТЕТ

Повышение температуры тела до 38 °С называется субфебрилитетом.

Под хроническим субфебрилитетом понимают «беспричинное» повышение температуры тела длительностью более 2 нед и часто являющееся единственной жалобой больного.

**Заболевания, характеризующиеся субфебрилитетом, целесообразно сгруппировать следующим образом:**

	Заболевания, сопровождающиеся воспалительными изменениями:
	<p>1.1. Инфекционно-воспалительный субфебрилитет:</p> <p>1.1.1. Малосимптомные (асимптомные) очаги хронической инфекции:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- тонзиллогенные;</li> <li>- одонтогенные;</li> <li>- отогенные;</li> <li>- локализованные в носоглотке;</li> <li>- урогенитальные;</li> <li>- локализованные в желчном пузыре;</li> <li>- бронхогенные;</li> <li>- эндокардиальные и др</li> </ul>
	<p>1.1.2. Трудновывявляемые формы туберкулеза:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- в мезентериальных лимфоузлах;</li> <li>- в бронхопульмональных лимфоузлах;</li> <li>- другие внелегочные формы туберкулеза (урогенитальные, костные)</li> </ul>
	<p>1.1.3. Трудно выявляемые формы более редких, специфических инфекций:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- некоторые формы бруцеллеза;</li> <li>- некоторые формы токсоплазмоза;</li> <li>- некоторые формы инфекционного мононуклеоза, в том числе формы, протекающие с гранулематозным гепатитом.</li> </ul>
	<p>1.2. Субфебрилитет патоиммуновоспалительной природы (имеет место при заболеваниях, временно манифестирующих только субфебрилитетом с четким патоиммунным компонентом патогенеза):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- хронический гепатит любой природы;</li> <li>- воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит (НЯК), болезнь Крона);</li> <li>- системные заболевания соединительной ткани;</li> <li>- ювенильная форма ревматоидного артрита, болезнь Бехтерева.</li> </ul>

	<p>1.3. Субфебрилитет как паранеопластическая реакция:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- на лимфогранулематоз и другие лимфомы;</li> <li>- на злокачественные новообразования любой неустановленной локализации (почки, кишечник, гениталии и др.).</li> </ul>
	<p>Заболевания, как правило, не сопровождающиеся изменением в крови показателей воспаления [скорости оседания эритроцитов (СОЭ), фибриногена, <math>\alpha_2</math>-глобулинов, С-реактивного белка (СРБ)]:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- нейроциркуляторная дистония (НЦД);</li> <li>- термоневроз постинфекционный;</li> <li>- гипоталамический синдром с нарушением терморегуляции;</li> <li>- гипертиреоз;</li> <li>- субфебрилитет неинфекционного происхождения при некоторых внутренних заболеваниях;</li> <li>- при хронических железодефицитных анемиях, Бездефицитной анемии;</li> <li>- при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;</li> <li>- субфебрилитет при глистных инвазиях и паразитарных заболеваниях;</li> <li>- ложный субфебрилитет: под ним в основном подразумеваются случаи симуляции у больных с истерией, психопатией; для выявления последних следует обращать внимание на несоответствие температуры тела и частоты пульса, характерна нормальная ректальная температура.</li> </ul>
	<p>Физиологический субфебрилитет:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- предменструальный;</li> <li>- конституционный.</li> </ul>

### **ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ**

Для участкового терапевта необходимо хорошо понимать, что такое лихорадка неясного происхождения (ЛНП) и что такое длительный субфебрилитет.

В соответствии с МКБ-10 ЛНП имеет код R50 и включает в себя:

- 1) лихорадку с ознобом, окоченением;
- 2) устойчивую лихорадку;
- 3) лихорадку неустойчивую.

По определению R.G. Petesdorf и P.V. Beeson, лихорадка неясного происхождения (fever of unknown origin) - это неоднократные подъемы температуры тела выше 38,3 °С на протяжении более 3 нед, если их причина остается неясной после недельного обследования в стационаре.

**Различают четыре категории лихорадок.**

**Таблица 1.**

<b>Название категории</b>	<b>Характеристика</b>
Классическая лихорадка	То же, что и лихорадка неясного происхождения — допускается 3-дневное обследование в стационаре, или 3 визита к врачу, или интенсивное амбулаторное недельное обследование
Больничная лихорадка	На момент госпитализации признаки инфекции отсутствуют, а в стационаре температура тела поднимается выше 38,3 °С. Для постановки данного диагноза требуется как минимум 3-дневное обследование, причем 2 сут отводится на инкубацию посевов

<b>Название категории</b>	<b>Характеристика</b>
Лихорадка при нейтропении	При количестве нейтрофилов менее 500 мкл-1 лихорадку неизвестного происхождения связывают с нейтропенией, если ее причину не удается определить в течение 3-дневного обследования, с учетом 2 сут инкубации посевов
Лихорадка при ВИЧ-инфекции	Если причину не удастся выяснить в течение 4-недельного обследования или 3 сут обследования в стационаре, включая 2 сут инкубации посева

**Основные критерии лихорадки неясного генеза:**

- наличие у больного температуры тела выше 38°C;
- длительность лихорадочного периода более 3-х недель или периодические подъемы температуры в течение этого срока; – исключение острых или обострения хронических инфекционных заболеваний;
- неясность диагноза после проведения общепринятых (рутинных) исследований

**Заболевания, проявляющиеся лихорадкой неясного генеза, можно условно разделить на 4 группы:**

- 1) генерализованные или локальные инфекционные процессы (сепсис, легочный или внелегочный туберкулез, абсцессы, инфекционный эндокардит и др.) – 30–50% всех неясных случаев;
- 2) злокачественные опухоли и различные гемобластозы – 20–40% диагностически сложных лихорадок;
- 3) системные поражения соединительной ткани и иммуно- комплексные васкулиты – 10–20% случаев;
- 4) редко встречающиеся разнообразные заболевания – 5–15%.

**Алгоритм диагностического поиска при «лихорадке неясной этиологии»:**

I этап – выявить у больного с лихорадкой дополнительные клинико-лабораторные признаки на основании первичного осмотра и проведения общепринятых (рутинных) исследований;

II этап – на основании выявленной клинико-лабораторной картины предположить соответствующее заболевание или сходную группу заболеваний, т. е. сформулировать диагностическую гипотезу;

III этап – обосновать назначение и провести дополнительные наиболее информативные в данном случае исследования для подтверждения диагностической гипотезы;

IV этап – сформулировать развернутый клинический диагноз, включающий основное заболевание, наличие осложнений на основании результатов проведенного обследования

***В большинстве случаев в основе лихорадки неясного генеза лежат хорошо известные врачам заболевания, проявляющиеся атипичным течением в виде преобладания лихорадочного синдрома, а не редкие или необычные патологические процессы.***

#### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИХОРАДОЧНЫХ СОСТОЯНИЙ**

Дифференциальная диагностика лихорадочных состояний - один из самых трудных разделов медицины. Спектр этих заболеваний достаточно обширен и включает болезни, относящиеся к компетенции терапевта, инфекциониста, хирурга, онколога, гинеколога и других специалистов, однако прежде всего данные больные обращаются к участковому терапевту.

#### **Доказательства достоверности субфебрилитета**

С этой целью рекомендуют больному в течение 1-й нед измерение температуры через 3 ч, с ночным перерывом, у женщин - с учетом менструального цикла.

В случаях, вызывающих подозрение в симуляции, целесообразно измерять температуру тела больного в присутствии медицинского персонала в обеих подмышечных впадинах, с одновременным подсчетом ЧСС и частоты дыхательных движений (ЧДД) грудной клетки.

Если субфебрилитет является достоверным фактором, то диагностика должна начинаться с оценки эпидемиологических и клинических характеристик больного. Имеется много причин для субфебрилитета, поэтому направление обследования каждого больного можно наметить только в конкретном клиническом случае.

Если точно соблюдать этот принцип, то сложные на первый взгляд диагностические проблемы оказываются легкоразрешимыми и приводят к установлению простых диагнозов.

Вначале необходимо собрать полный анамнез, включая сведения о перенесенных заболеваниях, а также о социальных и профессиональных факторах.

Очень важно получить данные о путешествиях, личных увлечениях, контактах с животными, а также о перенесенных оперативных вмешательствах и приеме каких-либо веществ, в том числе алкоголя.

Затем внимательно проводят физикальное обследование. Выполняются общий осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, исследование органов и систем. Наличие сыпи часто является маркером инфекционных болезней, что требует наиболее быстрой реакции терапевта (табл. 2).

Разнообразная сыпь, без четких временных характеристик (по типу крапивницы, сопровождающаяся зудом) при приеме лекарств является возможным признаком лекарственной аллергии. Как правило, при отмене препарата наступает улучшение.

**Таблица 2 Дифференциальная диагностика сыпи**

Локализация и характер сыпи	День появления	Клиническая картина	Заболевание
Сливная эритема с шелушением. Распространенная, бледнеющая при надавливании эритема, которая начинается на лице и распространяется на туловище и конечности. Характерная бледность носогубного треугольника. Кожа на ощупь напоминает «наждачную бумагу»	1-2-й дни	Анемия. Головная боль. Язык сначала покрыт белым налетом, затем становится красным. На 2-й нед заболевания - шелушение	Скарлатина
Начинается с волосистой части головы, лицо, грудь, спина. Мелкопапулезная, затем везикулопапулезная. Все элементы могут быть одновременно		Зуд	Ветряная оспа
Пятнисто-папулезная сыпь, преимущественно с локализацией на лице, шее, спине, ягодицах, конечностях. Сыпь быстро исчезает (симптом Форхгеймера)		Распространенная лимфаденопатия. Артрит	Краснуха
Пятнисто-папулезная, слегка возвышающаяся. Сыпь распространяется вниз от линии роста	2-й день с подсыпания	Пятна Бельского-Филатова-Коплика на слизистой оболочке щек.	Корь

волос на голове, далее на лицо, грудь, туловище, конечности	ми до 6-го дня	Конъюнктивит. Катаральные явления. Слабость	
Мелко-папулезный (кореподобный) характер сыпи: мелкопятнистая, розеолезная, папулезная петехиальная. Элементы сыпи держатся 1-3 дня и бесследно исчезают. Новых высыпаний обычно не бывает	3-5-й дни	Лимфаденопатия. Фарингит. Гепатоспленомегалия	Инфекционный мононуклеоз
Сыпь розеолезная, быстро переходящая в петехиальную. Пестрый характер подсыпаний - тип «звездного неба». Начинается на боковых поверхностях туловища, затем на сгибательных поверхностях конечностей, редко - на лице	5-й день	Интоксикация. Спленомегалия. «Кроличьи» глаза	Сыпной тиф
Розовые пятна и папулы диаметром 4 мм, бледнеющие при надавливании. В первую очередь появляющиеся на животе, груди	8-9-й дни	Головная боль. Миалгия. Боль в животе. Гепатоспленомегалия. Брадикардия. Бледность. Утолщенный, с налетом язык, яркокрасный по краям	Брюшной тиф. Паратиф

**Возможны изменения со стороны следующих органов и систем:**

**Суставы** - распухание и болезненность (бурситы, артриты, остеомиелит).

**Молочные железы** - пальпаторное выявление опухоли, болезненности, выделений из сосков.

**Легкие** - выслушиваются влажные хрипы (возможны при пневмонии), ослабление дыхания (плеврит).

**Сердце** - шумы при аускультации (возможны бактериальный эндокардит, миокардит, миксома предсердия).

**Живот** - имеет значение выявление при пальпации увеличения органов брюшной полости, болезненности, обнаружение опухолевидных образований.

**Урогенитальная зона:** у женщин - патологические выделения из шейки матки; у мужчин - выделения из уретры.

**Прямая кишка** - патологические примеси в стуле, дополнительные образования, наличие крови при пальцевом исследовании.

При неврологическом исследовании могут обнаруживаться признаки инфекции центральной нервной системы (ЦНС), такие как менингизм или очаговые неврологические нарушения

**Таблица 3.** Дифференциальная диагностика поражений миндалин у лихорадящих больных

<b>Характер изменений миндалин</b>	<b>Диагноз</b>	<b>Проводимые мероприятия</b>
Увеличены, гиперемированы, налетов нет	Катаральная ангина	Контроль несколько дней. Исключить лакунарную и фолликулярную ангину
Увеличены, гиперемированы, на их поверхности серо-белые пятнышки - набухшие фолликулы	Фолликулярная ангина. Аденовирусная инфекция (если сочетается с характерной зернистостью задней стенки глотки)	Консультация отоларинголога
Увеличены, гиперемированы, в лакунах - налеты, легко снимаются шпателем	Лакунарная ангина	Консультация отоларинголога
Налеты беловатые, распространяющиеся на язычок, заднюю стенку глотки, трудно соскабливаются, после их удаления кровоточащие поверхности, неприятный сладковатый запах	Дифтерия	Мазок из зева на возбудителя. Госпитализация в инфекционное отделение лечебно-профилактического учреждения
На измененных миндалинах налеты, но легко снимаются	Скарлатина	Введение антитоксической противоскарлатинозной сыворотки. Антибиотикотерапия. Госпитализация в инфекционное отделение лечебно-профилактического учреждения
Увеличены, с желтоватым налетом	Инфекционный мононуклеоз	С конца 1-й нед положительная реакция Пауля-Буннеля. Госпитализация в инфекционное отделение лечебно-профилактического учреждения
Изъязвления имеют грязный налет	Появление первичного аффекта при сифилисе	Консультация отоларинголога. Направление в кожно-венерологический диспансер. Мазок из зева. Кровь на RW
Изъязвления	Острый лейкоз	Обязательно клинический анализ крови

**Таблица 4 Классификация лихорадочно-интоксикационного синдрома**

<b>Основные симптомы</b>	<b>Степень выраженности</b>			
	<i>лёгкая</i>	<i>средней степен</i>	<i>тяжёлая</i>	<i>очень тяжёлая</i>
<b>Лихорадка</b>	До 38,0°C	38,1–39,0°C	<b>39,1–40°C</b>	<b>выше 40,0°C</b>
Слабость (миастения)	Утомляемость	Ограничение подвижности	Лежачее положение	Лежачее положение, затруднение при активных движениях
Алгии (боли в мышцах, суставах, ко стяж)	Слабые, отсутствуют	Умеренные	Сильные	Сильные, могут отсутствовать
Озноб	-	Зябкость, познабливание	Выражен	Потрясающий
Головная боль	Слабая	Умеренная	Сильная	Сильная, может отсутствовать
Тошнота	-	Возможна	Часто	Возможна
Рвота	-	-	Возможна	Часто
Менингеальный синдром	-	-	Возможен	Часто
Нарушения сознания	-	-	Ступор, сопор	Сопор, кома
Судороги	-	-	Возможны	Возможны
Бред, делирий	-	-	Возможны	Часто
ЧСС в мин	До 80	81–90	91–110	Свыше 110 (возможна брадикардия)
АД, мм рт.ст	Норма	Нижняя граница нормы	80/50–90/60	Менее 80/50
Снижение аппетита	Возможно	Постоянно	Анорексия	Анорексия
Нарушение	Возможно	Часто	Бессонница	Бессонница

сна			, сонливость	, сонливость
-----	--	--	--------------	--------------

## **Этапы дифференциально-диагностического поиска в соответствии с нозологией Инфекционно-воспалительные заболевания**

Наличие ЛНГ традиционно ассоциируется у большинства врачей прежде всего с инфекционным процессом и побуждает к назначению антимикробных препаратов еще до получения результатов обследования. Между тем инфекционно-воспалительные процессы лежат в основе ЛНГ менее чем у половины пациентов данной группы.

**Туберкулез-** различные формы туберкулеза (tbc) продолжают оставаться одной из частых причин ЛНГ, а среди инфекционно-воспалительных процессов, по данным большинства публикаций, занимают ведущее место.

Трудности распознавания истинной природы лихорадки у больных tbc могут быть обусловлены произошедшим за последнее время патоморфозом заболевания, атипичностью течения, в частности, увеличением частоты разнообразных неспецифических проявлений (лихорадка, суставной синдром, узловая эритема и др.), нередкой внелегочной локализацией. Особые диагностические затруднения возникают в тех случаях, когда лихорадка является основным или единственным признаком заболевания.

К наиболее частым формам tbc, проявляющегося ЛНГ, относятся милиарный туберкулез легких, диссеминированные формы с наличием различных внелегочных поражений. Среди последних в первую очередь следует иметь в виду специфическое поражение лимфатических узлов (периферических, мезентериальных), серозных оболочек (перитонит, плеврит, перикардит), а также tbc печени, селезенки, уро-генитального тракта, позвоночника. Трудности распознавания tbc усугубляются еще и тем, что привычные для врача диагностические ориентиры, такие как, изменения в легких с характерной локализацией, анамнестические указания, данные бактериоскопии мокроты или других биологических жидкостей, могут отсутствовать. Рентгенологические исследования легких, выполняемые не всегда тщательно (рентгеноскопия вместо рентгенографии, дефекты экспозиции снимка, отсутствие динамических исследований) не позволяют распознать милиарный tbc легких.

Туберкулиновые пробы, на которые обычно врачи возлагают большие надежды в диагностике tbc, отражают лишь состояние клеточного иммунитета и могут быть отрицательными или невыраженными, особенно у больных с подавленным иммунитетом (хронический алкоголизм, старческий возраст, глюкокортикоидная терапия).

Одним из самых совершенных способов идентификации микобактерий является полимеразная цепная реакция (ПЦР). Данный метод, обладающий 100% специфичностью, основан на ферментативной амплификации выбранных участков генома микобактерий и их дальнейшей детекции и идентификации.

Иногда ключом к определению направления диагностического поиска может служить выявление в селезенке кальцинатов, свидетельствующее о перенесенном тbc органов брюшной полости.

Важное диагностическое значение в распознавании тbc при наличии у больных ЛНГ должно придаваться прижизненным морфологическим исследованиям органов и тканей (лимфатические узлы, печень и др.).

### **Нагноительные заболевания брюшной полости**

Нагноительные заболевания брюшной полости и таза различной локализации составляют, по некоторым данным, 33% всех инфекционно-воспалительных заболеваний у больных ЛНГ. Наиболее частыми причинами лихорадочного синдрома являются абсцессы брюшной полости и таза (поддиафрагмальный, подпеченочный, внутripеченочный, межкишечный, внутрикишечный, тубоовариальный, паранефральный абсцесс предстательной железы), холангиты, нефриты. Трудности и связанные с ними ошибки диагностики указанных заболеваний обусловлены главным образом атипичностью их течения и проявлений. Основным, а в ряде случаев единственным признаком заболеваний при этом является лихорадка, в то время как симптоматика со стороны органов брюшной полости может быть невыраженной или вообще отсутствовать. Такая особенность характерна для больных пожилого и старческого возраста.

Несмотря на отсутствие привычных диагностических ориентиров, во всех случаях ЛНГ необходимы учет и тщательный анализ всех выявляемых при обследовании признаков. Так, при подозрении на поддиафрагмальный абсцесс следует обращать внимание на высокое стояние купола диафрагмы, а также на возможность развития реактивного плеврального выпота. Наличие последнего может направлять диагностический поиск по ложному пути исключения легочной патологии.

Основными факторами риска развития нагноительных заболеваний брюшной полости являются оперативные вмешательства, травмы (ушибы) живота, наличие некоторых заболеваний кишечника (дивертикулез, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, энтериты), желчевыводящих путей (холелитиаз, стриктуры протоков и др.), тяжелых "фоновых" заболеваний (сахарный диабет, хроническая алкогольная

интоксикация, цирроз печени, лечение глюкокортикоидами) с развитием иммунодефицитного состояния.

С целью своевременной и достоверной диагностики нагноительных заболеваний органов брюшной полости необходимо проведение (нередко повторное) ультразвукового исследования, компьютерной томографии, лапароскопии, а при необходимости – диагностической лапаротомии.

Показания к диагностической лапароскопии, а в некоторых случаях к лапаротомии у больных ЛНГ при наличии лабораторных признаков активного воспаления должны определяться при совместных обсуждениях этих больных с хирургами. Врач, курирующий больного с ЛНГ, должен проявлять при этом активность и настойчивость, постоянно помня о частом отсутствии местной симптоматики, которая для хирургов обычно является основным показанием к вмешательству.

**Хронический тонзиллит** сравнительно редко служит причиной субфебрилитета. Жалобы могут отсутствовать или сводиться только к ощущению неловкости, инородного тела в глотке. Возможны неврологические боли, отдающие в шею и ухо. Отмечается также вялость, снижение работоспособности. Субфебрильная температура выявляется обычно в вечернее время.

При осмотре обнаруживают гиперемию и утолщение небных дужек, увеличение миндалин, а при склерозирующей форме хронического тонзиллита - атрофию миндалин. Миндалины при этом рыхлые. Лакуны расширены. Выявляются гнойные пробки.

Необходимо наблюдение за пациентом в течение 3-5 дней, и, если присоединяется жалоба на боль в горле при глотании, это может быть стадией фолликулярной или лакунарной ангины. Если течение неосложненное (тонзиллярным абсцессом), предполагается сотрудничество отоларинголога и поликлинического терапевта.

**Грипп** характеризуется острым началом. Лихорадка достигает максимума (39-40 °С) в 1-й день болезни, при неосложненном гриппе длится обычно от 1 до 5 дней. В клинике ярко выражены интоксикационный синдром, трахеит, катаральные явления, возможен геморрагический синдром.

**Аденовирусная инфекция** сопровождается повышением температуры тела с небольшим ознобом. Лихорадка может удерживаться в течение 1-3 нед. Температурная кривая носит постоянный характер и иногда бывает 2-волновой. Характерны конъюнктивит, лимфаденопатия, длительное, волнообразное течение заболевания.

Грипп и аденовирусная инфекция (при отсутствии осложнений) лечатся в амбулаторных условиях участковым терапевтом.

**При одонтогенной очаговой инфекции** нередко субфебрильная температура регистрируется в утреннее время (до 11-12 ч), так как ночью создаются наиболее благоприятные условия для всасывания токсинов в кровь. Характерно плохое самочувствие после ночного сна. В вечернее время температура тела чаще нормальная.

**Одонтогенный хронический гайморит** может сопровождаться слабостью, недомоганием, субфебрилитетом, головными болями, возникающими в вечернее время, иногда он бывает односторонним. Отмечаются затруднение носового дыхания, неприятные ощущения в носоглотке и гортани. Наблюдается 1- или 2-сторонний слизисто-гнойный или гнойный ринит с отделяемым, которое имеет неприятный запах. Одонтогенный гайморит часто сопровождается зубной болью.

При осмотре иногда отмечается отечность щеки и века, пальпация гайморовой пазухи на стороне поражения болезненна. Для уточнения диагноза рекомендуются рентгеноскопия придаточных пазух носа (затемнение на стороне поражения), ультразвуковое исследование (УЗИ), консультация врача-отоларинголога для уточнения диагноза и выбора дальнейшей тактики ведения.

Субфебрилитетом может сопровождаться и **хронический периодонтит**, чаще апикальный. Отмечается болезненность при надавливании на больной зуб, гиперемия и отечность слизистой десен около больного зуба, болезненность при пальпации. Нередко субфебрилитет наблюдается при нагноении зубных кист, которые в 3 раза чаще располагаются на верхней челюсти. Довольно часто нагноение зубной кисты сочетается с гайморитом.

Необходим осмотр стоматолога. Делают рентгенограммы верхней и нижней челюстей.

При **вялотекущем хроническом среднем отите** отмечаются постоянные или периодические выделения из наружного слухового прохода, а при образовании сращений между барабанной перепонкой и медиальной стенкой барабанной полости - снижение слуха. Также бывают головокружение, головная боль. Возможен периодический субфебрилитет, особенно в случае присоединения осложнений.

При субфебрилитете должна быть исключена **хроническая урогенитальная инфекция**, в частности хронические сальпингоофорит, пиелонефрит, простатит.

**Хронический сальпингоофорит** - одно из самых частых воспалительных заболеваний у женщин. Часто причиной этого заболевания являются инфекционные и венерические болезни с вовлечением урогенитального тракта: хламидиоз, гонорея,

микоплазменная инфекция, урогенитальный герпес. Обострение процесса наступает под влиянием переохлаждения, в период менструации или переутомления.

Больные предъявляют жалобы на ноющие, тупые боли внизу живота, повышение температуры тела, частые перемены настроения, снижение трудоспособности.

При хроническом сальпингоофорите развивается стойкое трубное бесплодие.

Для диагностики *необходима консультация гинеколога* с целью дальнейшего обследования и лечения.

**Хронический пиелонефрит** - сравнительно частая причина обращения больных в поликлинику. У женщин частота данного заболевания гораздо выше, чем у мужчин. До 30% женщин хотя бы раз в жизни переносят инфекции мочевыводящих путей (ИМП).

Надежность диагноза зависит от правильной методики сбора мочи и быстроты доставки ее в лабораторию.

Хронический пиелонефрит часто развивается исподволь, постепенно.

Жалобы могут отсутствовать или иметь общий характер (слабость, повышенная утомляемость), отмечается субфебрильная температура, познабливание, могут беспокоить боль в поясничной области, расстройство мочеиспускания, изменение цвета и характера мочи (полиурия, никтурия); повышение артериального давления (АД) носит сначала транзиторный характер, затем становится стабильным и значительно выраженным.

Диагноз **необструктивного (первичного) острого пиелонефрита** обычно не вызывает затруднений. Важное диагностическое значение имеют (кроме общего анализа мочи и анализа мочи по Нечипоренко) эндоскопические (хромоцистоскопия) и инструментальные (УЗИ, внутривенная урография, КТ) методы исследования. Данный контингент пациентов должен наблюдаться у терапевта и уролога поликлиники.

**Хронический холецистит** в несколько раз чаще встречается у женщин, особенно при ожирении, а также при наличии других предрасполагающих факторов (перенесенный вирусный гепатит, желчнокаменная болезнь (ЖКБ), редкое, нерегулярное питание, ахолический гастрит).

Не исключается безболеное (латентное) течение, сопровождающееся субфебрилитетом, но такой вариант достаточно редок. Обычно имеются боли в правом подреберье, характер которых во многом определяется сопутствующей холециститу дискинезией. В случае развития перихолецистита боли могут носить постоянный характер. Они усиливаются при быстрой ходьбе, беге, тряске. Нередки диспепсические явления (тошнота, горечь во рту, отрыжка), астенический или астеновегетативный синдром.

Иногда возникают артралгии, рецидивирующая крапивница, обусловленные микробной сенсibilизацией с последующим повышением чувствительности и к экзогенным факторам.

При объективном исследовании типична болезненность в правом подреберье при пальпации. Симптомы, связанные с непосредственным раздражением пузыря при постукивании или сотрясении (Кера, Образцова-Мерфи, Грекова-Ортнера), положительны даже в фазе ремиссии.

Лабораторные методы диагностики: общий анализ крови малоинформативен. Острофазовые показатели в биохимическом анализе крови, увеличение гликопротеидов в желчи (порция Б) при дуоденальном зондировании могут свидетельствовать об активности воспалительного процесса в желчном пузыре. Дуоденальное зондирование, посев пузырьной желчи (более доказателен высев кишечной палочки, протей, энтерококка) биохимические исследования пузырьной желчи, холецистография, УЗИ позволяют подтвердить диагноз.

При невыраженном обострении хронического холецистита допускается амбулаторное лечение.

**Хронический бронхит.** При данном заболевании особо следует обратить внимание на факторы риска: загрязнение воздуха, курение, профессиональные вредности, наследственность.

Больные предъявляют жалобы на повышение температуры тела, одышку, кашель со свистящим дыханием и отхождением мокроты. В диагностике помогает объективное обследование (участие в дыхании вспомогательных мышц, тахипноэ, жесткое дыхание с признаками ослабления, в конце выдоха сухие хрипы) и флюорография органов грудной клетки.

**Лихорадка при пневмонии** сопровождается кашлем, интоксикацией, плевральной болью, физикальными признаками уплотнения легочной ткани (укорочение перкуторного звука, бронхиальное дыхание, бронхофония, голосовое дрожание, локальные влажные мелкопузырчатые звонкие хрипы, крепитация). Окончательный диагноз устанавливается после клинического анализа крови, мокроты, исследования функции внешнего дыхания (ФВД), рентгенографии органов грудной клетки, определения газового состава крови.

При неосложненном течении пневмонию и обострение хронического бронхита можно лечить амбулаторно.

Субфебрилитет может быть проявлением **ревматизма** (ревматической лихорадки). Первичный ревмокардит встречается преимущественно в детском и юношеском возрасте.

Учитываются эпидемиологические данные (стрептококковое окружение больного, связь болезни с перенесенной ангиной или другой стрептококковой инфекцией). Через некоторое время после такой инфекции (латентный период длится 1-3 нед) появляется немотивированная утомляемость, субфебрилитет, потливость, суставные симптомы (артралгии, реже артриты) миалгии. Субфебрилитет чаще отмечается при подостром, затяжном, непрерывно рецидивирующем течении ревматизма, при активности I-II ст.

Для диагностики ревматизма наиболее важно выявление признаков текущего ревмокардита. Другие признаки ревматического процесса (хорея, васкулиты, плеврит, ирит, подкожные ревматические узелки, кольцевидная эритема и т.д.) встречаются в настоящее время редко, преимущественно у больных молодого возраста и при III ст. активности, когда температура достигает фебрильных цифр.

В периферической крови наблюдается лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышением СОЭ. Характерны появление СРБ, повышение уровня сиаловых кислот, фибриногена,  $\alpha_2$ - и  $\gamma$ -глобулинов, церулоплазмينا ( $> 0,25$  г/л), серомукоида ( $> 0,16$  г/л), а также нарастание титров антистрептогалактуронидазы (АСГ), антистрептокиназы (АСК) - более чем 1:300, противострептококковых антител, анти-О-стрептолизина (АСЛ-О) - более чем 1:250.

Применяется также комплекс методов, уточняющих характер поражения сердца (ЭКГ, рентгенография грудной клетки, ЭхоКГ, исследование сократительной функции миокарда).

Необходимо стационарное лечение с последующим наблюдением у терапевта поликлиники.

***Инфекционный эндокардит (ИЭ)*** стал встречаться в практической деятельности врача-терапевта поликлиники значительно чаще, чем раньше, а трудности диагностики несколько не уменьшились.

При первом обращении к врачу и даже при длительном наблюдении в течение 2-3 мес это заболевание распознается редко. В подавляющем большинстве случаев правильный диагноз устанавливается поздно, когда появляются уже выраженные изменения сердечно-сосудистой системы. Это обстоятельство может быть связано и с тем, что в последние годы наблюдаются значительные изменения этого заболевания.

Болезнь целесообразно лечить в стационаре, но своевременно диагностировать ее необходимо в поликлинике.

Заболевание может начаться внезапно и развиваться постепенно. Наиболее ранним и ведущим симптомом является повышение температуры тела, которая и заставляет пациента обратиться к врачу.

Лихорадка может иметь самый разнообразный характер и различную продолжительность. Она длится днями, неделями имеет волнообразный или постоянный характер, у некоторых больных повышаясь только в определенное время суток, оставаясь в норме в остальные часы, особенно в часы привычного измерения (утром и вечером). Поэтому при подозрении на ИЭ врач должен рекомендовать пациенту проводить 3-4-разовую термометрию в течение суток на протяжении нескольких дней.

Раннее и особенно бессистемное назначение антибиотиков может не только стусевать клиническую картину заболевания, но и быть причиной получения отрицательной гемокультуры.

Если повышенная температура сохраняется на протяжении 7-10 дней, рекомендуется, предварительно исключив пневмонию, другие воспалительные процессы, сопровождающиеся повышением температуры тела, тщательно обследовать больного, обязательно произвести бактериологическое исследование крови.

При подозрении на ИЭ кровь на гемокультуру желательно брать как можно в более ранние сроки с момента заболевания многократно до того, как больного начнут лечить антибиотиками.

Такие проявления заболевания, как озноб или познабливание, наблюдаются практически у всех больных первичным ИЭ. Следует отметить повышенную потливость головы, шеи, верхней половины туловища. Потоотделение, возникающее в момент снижения температуры, не облегчает состояние больного. Снижается трудоспособность, ухудшается аппетит, снижается масса тела.

У таких пациентов необходимо выяснить, не перенесли ли они незадолго до начала настоящего заболевания какого-либо хирургического вмешательства, во время которого могла быть внесена инфекция; наличие васкулита, спленомегалии, снижение гемоглобина, стойкое повышение СОЭ.

Необходима госпитализация больного в стационар, а при выписке из стационара больные должны постоянно наблюдаться участковым терапевтом или кардиологом поликлиники.

Если больной страдает *пороком сердца с нарушением ритма*, появление лихорадочного синдрома может быть проявлением тромбоэмболии мелких ветвей

легочной артерии. Причиной ее чаще всего бывает хронический тромбоз, послеоперационный период (особенно при длительном постельном режиме).

Пациенты жалуются на загрудинные боли, резко выраженную одышку.

В план обследования должны входить: клинический и биохимический анализы крови, ЭКГ, ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, рентгенография органов грудной клетки, ангиография малого круга кровообращения, радиоизотопное сканирование легких.

**Миокардиты.** В анамнезе у таких пациентов имеется указание на перенесенные инфекции. Больные предъявляют жалобы на боли в области сердца, одышку, слабость, адинамию. При физикальном обследовании обращает на себя внимание систолический шум над верхушкой сердца и увеличение его размеров. Необходимо выполнить клинический и биохимические анализы крови, исследовать острофазовые показатели, ЭКГ, ЭхоКГ. Такие пациенты госпитализируются в кардиологический стационар для дообследования и лечения, с последующим наблюдением участкового терапевта и кардиолога.

Если попытка связать субфебрилитет с очагами неспецифической хронической инфекции не привела к конкретному диагностическому решению, то необходимо исключить *туберкулез*, особенно при отягощенном (даже минимально) анамнезе в этом отношении. В последние годы во всем мире резко возросла заболеваемость этой инфекцией. Повышение температуры тела при туберкулезе может наблюдаться длительное время, без локализации процесса в каком-либо органе.

Больные жалуются на снижение работоспособности, потливость, головные боли. Течение процесса отличается монотонностью и однообразием, самочувствие улучшается в летнее время. Чаще всего микобактериями поражаются легкие. Сначала кашель бывает сухим или с отделением небольшого количества мокроты. Такое состояние часто расценивают как обычное острое респираторное заболевание.

Основными методами обнаружения туберкулеза легких является микроскопическое исследование мокроты и рентгенография грудной клетки больных, реакция Перке-Манту, исследование промывных вод при бронхоскопии.

Органы ЖКТ поражаются туберкулезом редко, но при этом отмечается крайний полиморфизм (чаще в процесс вовлекается кишечник). Пальпация живота болезненна в правой подвздошной области и около пупка, при увеличении мезентеральных лимфатических узлов их можно пропальпировать. В этом случае необходимы обзорная рентгенография и УЗИ органов брюшной полости, при выполнении которых

обнаруживаются обызвествленные лимфатические узлы, кальцинаты; лапароскопия, диагностическая лапаротомия.

Особо следует помнить о возможности поражения туберкулезом мочеполовой системы. При туберкулезе придатков матки обычно поражаются маточные трубы. Яичники поражаются редко. Характерны перифокальные спаечные изменения, пельвиоперитонит. Как правило, в анамнезе имеются сведения о перенесенном туберкулезе, часто протекавшем с явлениями плеврита, перитонита. Характерны нарушение менструальной функции, альгоменорея, бесплодие. Такие больные должны быть проконсультированы у фтизиатра.

При *бруцеллезе* учитывается эпидемиологический анамнез: контакт с животными (овцы, козы), употребление сырого мяса и молока, участие в переработке сырья животного происхождения, а также зимне-весенняя сезонность болезни. Характерны длительное повышение температуры тела, сопровождающееся ознобами и проливными потами, хорошая переносимость лихорадки, боли в суставах, симптоматика бронхита, пневмонии.

В общем анализе крови отмечаются нормоцитоз и лейкопения, лимфоцитоз. На 5-е сут возникает положительная реакция агглютинации Райта-Хеддльсона, диагностическим считается титр 1:200.

У больного малярией в анамнезе есть указания на пребывание в эндемичных районах и недостаточную профилактику. При гемотрансфузиях заражение наблюдается редко. В 1-е сут болезни (особенно при тропической малярии) лихорадка может быть постоянной или иметь неправильный характер. Затем она становится пароксизмальной, с определенной периодичностью. В связи с гемолитическим синдромом возникает желтуха. После нескольких приступов лихорадки отмечается гепатоспленомегалия.

В общеклиническом анализе крови выявляются признаки гемолитической анемии, нейтрофилии, при биохимическом исследовании крови - повышение непрямого билирубина. Исследование на плазмодии малярии крови в толстой капле и тонком мазке с окраской по Романовскому-Гимзе проводится неоднократно, как в период лихорадки, так и без нее.

Клинические проявления **токсоплазмоза** отличаются полиморфизмом. При тифозной форме на 4-7-й день болезни возникает макуло-папулезная сыпь по всему телу. Часто обнаруживается лимфаденопатия, гепатоспленомегалия. Заболевание протекает тяжело. При энцефалитной форме в клинической картине доминируют поражения ЦНС

(энцефалит, менингит). Показана консультация инфекциониста и госпитализация в инфекционную больницу.

**Инфекционный мононуклеоз** вызывается вирусом Эпштейн-Барра. Он проявляется повышением температуры тела, воспалением глоточных миндалин, увеличением лимфатических узлов и появлением в крови атипичных мононуклеаров и гетерофильных антител. Инкубационный период составляет у молодых людей 4-6 нед. Продромальный период, во время которого наблюдаются утомляемость, недомогание, миалгия, может длиться от 1 до 2 нед. Затем появляются лихорадка, боли в горле, увеличение лимфатических узлов (чаще поражаются заднешейные и затылочные), спленомегалия (на период до 2-3 нед). Лимфатические узлы симметричны, болезненны, подвижны. У 5% больных возникает пятнисто-папулезная сыпь на туловище и руках. При подозрении на инфекционный мононуклеоз необходимо серологическое исследование: определение гетерофильных антител к иммуноглобулинам класса М (IgM), титра специфических антител к вирусу Эпштейн-Барра.

**Хронический вирусный гепатит.** В редких случаях это заболевание может протекать с гипертермией в качестве ведущего симптома, иногда и без существенного увеличения печени.

Также вероятно возникновение диспепсии (плохой аппетит, тошнота, рвота, тупые боли в области печени, подложечной области), артралгий (боли в суставах, ломящие боли в костях и мышцах), астеновегетативного (снижение работоспособности, слабость, головная боль, нарушение сна) и катарального синдромов, возможен кожный зуд.

Диагноз устанавливается на основании функциональных проб печени, анализа крови, анализа мочи, выявления австралийского антигена (HBsAg), сканирования печени, в сомнительных случаях производят лапароскопию и биопсию печени.

**Неспецифическим язвенным колитом (НЯК)**, который является некротизирующим воспалением слизистой оболочки прямой и ободочной кишки неизвестной этиологии, страдают люди всех возрастов, но чаще женщины (в 1,5 раза) 20-40 лет.

Больные предъявляют жалобы на многократный жидкий стул с примесью гноя, крови и иногда слизи до 20 и более раз в сутки, тенезмы, схваткообразные боли по всему животу. Типичным является усиление болей перед актом дефекации и ослабление после опорожнения кишечника. Прием пищи также усиливает боль. Практически все больные жалуются на слабость, похудание, становятся обидчивыми, плаксивыми. Наблюдаются бледность и сухость кожи, слизистых оболочек, резкое снижение тургора кожи, тахикардия, артериальная гипотония, уменьшение диуреза, гепатоспленомегалия. Толстая

кишка при пальпации болезненная, урчит. Характерно возникновение узловой эритемы. Могут возникать ириты, конъюнктивиты, блефариты.

Для диагностики необходимо выполнить общий анализ крови, в котором определяются признаки железодефицитной или В<sub>12</sub>-дефицитной анемии, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево; биохимическое исследование крови (помогает установить степень нарушения белкового и электролитного обмена, поражение печени и почек); копрологическое исследование (отражает степень воспалительно-деструктивного процесса, возможна резко положительная проба Трибуле, определяются растворимые белки в кале); бактериологическое исследование кала (для исключения дизентерии и других кишечных инфекций). Если противодизентерийная терапия неэффективна, то необходимо провести эндоскопию и микроскопию биоптата слизистой оболочки.

**Болезнь Крона** - это хроническое прогрессирующее гранулематозное воспаление кишечника. Чаще патологический процесс поражает тонкую кишку. К проявлению собственно кишечных поражений относят следующие жалобы: боль в животе, диарею, синдром недостаточного всасывания, поражение аноректальной области (свищи, трещины, абсцессы). К внекишечным признакам относят повышение температуры, анемию, снижение массы тела, артрит, узловую эритему, атрофический стоматит, поражение глаз.

**Алгоритм обследования** включает в себя выполнение:

- общеклинического анализа крови (анемия, лейкоцитоз, повышение СОЭ);
- биохимического исследования крови, которое отражает нарушение белкового, жирового и электролитного обмена (гипоальбуминемия, гиполипидемия, гипогликемия, гипокальциемия);
- анализа кала (микроскопия, химическое и бактериологическое исследование);
- колоноскопии;
- биопсии.

Показана госпитализация в гастроэнтерологическое отделение.

В процессе дифференциально-диагностического поиска не следует забывать о системном заболевании соединительной ткани - **ревматоидном артрите (РА)**. Типичному суставному синдрому в течение нескольких месяцев может предшествовать продромальный период с характерными мигрирующими суставными болями (обычно в мелких суставах), периодическим повышением температуры тела, общими симптомами (уменьшение массы тела, снижение работоспособности, аппетита).

Диагностика основывается на внимательном изучении анамнеза заболевания, жалобах, данных объективного анализа, лабораторных исследований (наличие острофазовых реакций), определении ревматоидного фактора (РФ), рентгенографии пораженных суставов (ранний достоверный признак - остеопороз эпифизов костей), УЗИ, ЭКГ.

Больные с подозрением на РА могут быть полностью обследованы в поликлинике. При амбулаторном лечении больной освобождается от работы до снижения активного воспалительного процесса (ориентировочно на 1-2 мес).

Больные, обратившиеся впервые при подозрении на РА с высокой степенью активности, должны быть госпитализированы в профильное отделение.

Изолированная лихорадка может явиться дебютом системной красной волчанки. При возникновении у молодой женщины лихорадки, чувствительной к жаропонижающим средствам и полностью резистентной к антибиотикам, особенно в сочетании с лейкопенией, всегда необходимо исследование крови на присутствие клеток красной волчанки (*Lupus Erythematosus cells* - LE-клетки), антител к дезоксирибонуклеиновой кислоте (ДНК), антинуклеарного фактора.

**Узелковый периартериит** иногда также начинается с изолированной упорной лихорадки. Но этот период, как правило, непродолжителен, и системные поражения выявляются раньше, чем при других диффузных болезнях соединительной ткани.

**Идиопатический анкилозирующий спондилоартрит** (болезнь Бехтерева) - хроническое системное воспалительное заболевание суставов, преимущественно позвоночника, с ограничением его подвижности за счет анкилозирования межпозвоночных суставов, формирования синдесмофитов и кальцификации спинальных связок. Могут вовлекаться в процесс сердце, почки и глаза. Установлена наследственная предрасположенность.

В начальной стадии жалобы на ноющие боли в пояснично-крестцовой области, возникающие при длительном пребывании в одном положении, чаще в ночное время, особенно к утру. Имеется нарушение осанки и походки, которая меняется: больной двигается, широко расставляя ноги и совершая качательные движения головой.

Диагностически данное заболевание подтверждается на основании изменений в крови - анемия, увеличение СОЭ, увеличение  $\alpha_2$ -глобулинов, СРБ, увеличение циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и иммуноглобулинов класса G (IgG). При рентгеноскопии выявляются сакроилеит, анкилоз крестцово-подвздошного сочленения, поражение межпозвоночных суставов.

При **злокачественных новообразованиях** в некоторых случаях происходит выработка эндогенных пирогенов в достаточно больших количествах, даже при небольших размерах опухоли. Гипертермический эффект может быть практически единственным клиническим проявлением заболевания.

К группе так называемых температурающих опухолей относят гипернефрому, лимфому, рак желудка, острый лейкоз. Нередко лихорадочный синдром возникает при метастазах различных опухолей в кости. Лихорадка также может быть связана с распадом быстрорастущей опухоли, но в этих случаях имеются отчетливые местные симптомы. Цитостатики могут приостановить продукцию опухолевых эндогенных пирогенов.

Диагностический поиск должен осуществляться во всех направлениях.

При **лимфогранулематозе и неходжкинских лимфомах** выраженность лихорадки не зависит от морфологического варианта болезни. У лиц молодого и среднего возраста тщательно исключается абдоминальная форма лимфогранулематоза, рекомендовано УЗИ органов брюшной полости, нижняя лимфоангиография.

При длительном субфебрилитете не следует исключать болезнь, вызванную **вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)**, которая остается малоконтролируемой инфекцией и все больше приобретает пандемический характер (так как в России увеличилось число людей, употребляющих наркотики). На ее фоне трудно распознаются так называемые оппортунистические инфекции, которые протекают атипично. Например, пневмоцистная пневмония - самое частое осложнение синдрома приобретенного иммунодефицита человека (СПИД). Даже при достаточно массивном поражении легких она может проявиться субфебрильной температурой, редким кашлем по утрам, общей слабостью и умеренной одышкой.

Не следует забывать о **сифилисе и других венерических заболеваниях**, встречаемость которых увеличилась за последние годы в 10 раз.

Если субфебрилитет является достоверным фактом, и тщательный расспрос, и осмотр больного, а также принятые в процессе первичного обследования лабораторно-инструментальные методы не дают сколько-нибудь убедительных факторов в пользу установления возможной его причины, то целесообразно в круг дифференциальной диагностики прежде всего включить **НЦД, тиреотоксикоз**.

Важнейшим центром регуляции вегетативных функций организма, местом взаимодействия нервной и эндокринной систем является гипоталамус. Нервные центры гипоталамуса осуществляют регуляцию обмена веществ, обеспечивая гомеостаз и терморегуляцию.

**Психовегетативный синдром (ПВС)** более известен нашим врачам под названием «вегетативная дистония».

Затяжной субфебрилитет возможен при глистных инвазиях и паразитарных заболеваниях.

В план обследования у больных с длительным неясным субфебрилитетом должны быть включены исследования, позволяющие исключить глистные инвазии, которые нередко сопровождаются продукцией пирогенных веществ.

Достаточно часто стойким субфебрилитетом сопровождаются многие гемолитические анемии, а также железодефицитная и В12-дефицитная анемии.

Программа диагностики для больных с анемией включает в себя общеклинический анализ крови, исследование ретикулоцитов, микроскопию мазка периферической крови, определение запасов железа в организме, пункцию костного мозга (имеет значение уменьшение количества сидеробластов), биохимический анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на скрытую кровь, эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), ректороманоскопию.

Лечение таких больных в поликлинических условиях обычно проводится специалистами-гематологами, а участковые врачи выполняют их рекомендации.

Язвенная болезнь (ЯБ) - это хроническое, рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию, с вовлечением в патологический процесс желудка или двенадцатиперстной кишки (образуются язвенные дефекты слизистой оболочки). ЯБ встречается у людей любого возраста.

Пациенты жалуются на боли в животе, диспепсию, субфебрилитет.

Для диагностики необходимы обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, кала - на скрытую кровь, исследование желудочной секреции, биохимический анализ крови, ЭГДС с биопсией, рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки. Необходима консультация хирурга.

Иногда синдром субфебрилитета связан с медикаментозным влиянием и может быть одним из проявлений так называемой лекарственной болезни.

### **Лабораторная и инструментальная диагностика**

В большинстве случаев лихорадочно-интоксикационный синдром сопровождают специфические симптомы определённой нозологической формы (сыпь, полиаденит, артрит, катарально-респираторный, гепа-толиенальный, менингеальный, диспепсический синдромы и др.).

**При отсутствии этих симптомокомплексов больные подлежат госпитализации и обследованию по следующему алгоритму:**

1. Анализ крови на гемокультуру (10 мл крови из вены на 100 мл желчного бульона или среды Раппорта).
2. Анализ крови на стерильность (10 мл крови из вены на 100 мл сахарного бульона).
3. Микроскопия мазка и толстой капли крови на наличие малярии.
4. Анализ крови для серологического исследования (РА и РСК) с риккетсиями  
Правачека в динамике через 10–14 дней.
5. Анализ крови для серологического исследования (реакция Видаля) с брюшнотифозными диагностикумами в динамике через 10–14 дней.
6. Серологический анализ крови (ИФА) на ВИЧ-инфекцию;
7. По показаниям – обследование на наличие природно-очаговых заболеваний.

**Таблица 4.** Лабораторные и инструментальные исследования при лихорадочных состояниях

Обязательные исследования	Дополнительные исследования		
	лабораторные	неинвазивные инструментальные	инвазивные инструментальные
Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы	Серологические реакции на вирусные гепатиты	Рентгенография придаточных пазух носа	Биопсия кожи
Биохимические показатели функций печени и почек	Серологические реакции на инфекции, вызванные вирусом Эпштейн-Барра	Компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга	Биопсия печени
Посев крови (3-кратный)	Определение антинуклеарных антител (АНА)	Эхокардиография (ЭхоКГ)	Трепанобиопсия подвздошной кости
Серологические реакции на сифилис	Определение ревматоидного фактора, LE-клеток, С-реактивного белка	Допплеровское исследование вен нижних конечностей	Биопсия лимфоузлов
Электрофорез	Серологический	Вентиляционный	Люмбальная

сывороточных белков	еские реакции на инфекции, вызванные вирусом ЦМП	перфузионная сцинтиграфия легких	пункция
Внутрикожная проба Манту	Серологические реакции на инфекции, вызванные ВИЧ	Рентгеноконтрастное исследование верхних отделов желудочнокишечного тракта (ЖКТ) и ирригоскопия	Диагностическая лапароскопия
Флюорография органов грудной клетки Электрокардиограмма (ЭКГ) Общий анализ мочи Замораживание образца сыворотки	Серологические реакции Райта-Хеддльсона	КТ и МРТ брюшной полости и малого таза Экскреторная урография Обзорная рентгенография и сцинтиграфия костей	Исследование перикардialного, плеврального, суставного выпота, асцитической жидкости

**Крайне сложно отличить соматические жалобы пациента, вызванные органной патологией, от жалоб, обусловленных вегетативной дисфункцией.**

1. **Активный расспрос** пациента позволяет выявить наряду с актуальными жалобами нарушения в других органах и системах, так называемые *полисистемные вегетативные расстройства*:

1) со стороны нервной системы - несистемное головокружение, ощущение неустойчивости, чувство дурноты, предобморочные состояния, тремор, мышечные подергивания, вздрагивания, парестезии, болезненные мышечные судороги;

2) со стороны сердечно-сосудистой системы - тахикардия, экстрасистолия, неприятные ощущения в груди, кардиалгия, артериальная гиперили гипотензия, дистальный акроцианоз, феномен Рейно, волны жара и холода;

3) со стороны респираторной системы - ощущение нехватки воздуха, одышка, чувство удушья, затрудненное дыхание, «ком» в горле, ощущение утраты автоматизма дыхания, зевота;

4) со стороны гастроинтестинальной системы - тошнота, рвота, сухость во рту, отрыжка, метеоризм, урчание, запоры, поносы, абдоминальные боли;

5) со стороны терморегуляционной системы - неинфекционный субфебрилитет (в ночное время температура часто нормализуется, при измерении температуры в 3 точках -

типичная асимметрия, не исчезает в ответ на антибактериальную терапию), периодические ознобы, диффузный или локальный гипергидроз;

б) со стороны урогенитальной системы - поллакиурия, цисталгии, зуд и боли в аногенитальной зоне.

## **2. Жалобы пациента сопряжены с:**

- нарушениями сна (диссомнией);
- раздражительностью по отношению к привычным жизненным ситуациям (например, повышенная чувствительность к шуму);
- чувством постоянной усталости;
- нарушением внимания;
- изменением аппетита;
- нейроэндокринными расстройствами.

**3. Появление или усугубление интенсивности жалоб** пациентов связано с динамикой актуальной психогенной ситуации.

## **4. Редукция жалоб под влиянием психофармакологических средств.**

ПВС чаще всего страдают женщины.

Нарушение терморегуляции *гипоталамического генеза* с развитием субфебрилитета наблюдается при опухолях, травмах, инфекционных и сосудистых процессах в этой области. Характерна кожная термоасимметрия. Общее состояние больного существенно не страдает даже в период высокой температуры. Возможны гипертермические кризы с резким пароксизмальным повышением температуры. При этом часто возникают другие проявления гипоталамического синдрома, например, симпатико-адреналовые кризы с повышением АД, тахикардией, ознобом, одышкой, чувством страха.

Для уточнения диагноза необходимо неврологическое обследование (КТ головного мозга и т.д.) с участием невролога.

Нарушение терморегуляции с постоянным субфебрилитетом, не поддающимся действию анальгетических препаратов, встречается при *тиреотоксикозе*. Это синдром, обусловленный действием избытка тиреоидных гормонов на ткани-мишени.

Больные предъявляют жалобы на раздражительность, эмоциональную лабильность, бессонницу, тремор конечностей, потливость, частый стул, непереносимость жары, потерю веса, несмотря на обычный аппетит, одышку, приступы сердцебиения. У молодых преобладает неврологическая, а у пожилых - сердечно-сосудистая симптоматика.

При осмотре кожа теплая, ладони горячие, волосы тонкие, тремор пальцев и кончика языка. Характерен пристальный или испуганный взгляд, глазные симптомы, синусовая тахикардия, мерцательная аритмия, кардиомегалия.

Установлению диагноза помогают: отчетливо выраженная симптоматика, лабораторные и инструментальные методы, такие как исследование крови на гормоны щитовидной железы - трийодтиронин (Т3), тетраiodтиронин (Т4), тиреотропный гормон (ТТГ), УЗИ, МРТ. Целесообразна консультация эндокринолога.

**Основные группы лекарственных препаратов, способных вызвать лихорадку:**

- антимикробные препараты (пенициллины, цефалоспорины, тетрациклины, сульфаниламиды, нитрофураны, изониазид, пиразинамид, амфотерицин-В, эритромицин, норфлоксацин);

- сердечно-сосудистые препараты ( $\alpha$ -метилдопа, хинидин, прокаинамид, каптоприл, гепарин, нифедипин);

- желудочно-кишечные средства (циметидин, слабительные, содержащие фенолфталеин);

- препараты, действующие на ЦНС (фенобарбитал, карбамазепин, галоперидол);

- нестероидные противовоспалительные препараты (ацетилсалициловая кислота, толметин);

- цитостатики (блеомицин, аспаргиназа, прокарбазин);

- другие препараты (антигистаминные, левамизол, йодистые и т.д.).

Интоксикация обычно не выражена. Характерна хорошая переносимость даже высокой лихорадки. На коже появляются аллергические высыпания.

В общеклиническом анализе крови выявляются лейкоцитоз, эозинофилия, ускоренная СОЭ, в биохимическом - диспротеинемия. Наиболее убедительное доказательство лекарственного генеза лихорадки - быстрая (обычно до 48 ч) нормализация температуры тела после отмены препарата.

Субфебрилитет может быть симптомом *предменструального синдрома*. Обычно за 7-10 дней до очередных менструаций наряду с усилением нервно-вегетативных расстройств отмечается повышение температуры тела. С приходом менструации, с улучшением общего состояния температура нормализуется.

Стойкий субфебрилитет нередко наблюдается у женщин в *период климакса*. Для патологического климакса наиболее типичны «приливы» с характерным ощущением жара, возникающие до 20 раз в сутки. Отмечаются также головные боли, познабливание, артралгии, лабильность пульса и АД, признаки климактерического расстройства сна.

Характерны следующие жалобы: неустойчивое настроение, тоскливость, беспокойство, фобии, реже - эпизоды повышенного настроения с элементами экзальтированности.

Необходима консультация гинеколога-эндокринолога; используются тесты, оценивающие функциональное состояние яичников, уровень гонадотропных гормонов в крови.

К физиологическим субфебрилитетам относятся кратковременные эпизоды субфебрилитета, которые наблюдаются у практически здоровых лиц после физической перегрузки, в результате избыточной инсоляции. Обычно они не создают диагностических трудностей.

Тенденция к постоянному, обычно невысокому, субфебрилитету может быть наследственно обусловлена и наблюдается изредка у практически здоровых людей - это так называемый конституциональный «привычный» субфебрилитет. Как правило, он регистрируется с детских лет. У лиц с этим вариантом субфебрилитета отсутствуют какие-либо жалобы и изменения лабораторных показателей.

Таким образом, лихорадящий больной - одна из трудных диагностических проблем в амбулаторной практике. Наиболее важным практическим аспектом этой проблемы представляется решение о назначении антимикробной терапии в тех ситуациях, когда причина лихорадки при первичном обращении больного остается неясной.

С учетом того, что лихорадка имеет чаще всего вирусное происхождение, в амбулаторной практике необходимо воздерживаться от применения антипиретиков в первые дни заболевания, вплоть до оценки эволюции заболевания или выяснения этиологической причины, так как искусственным снижением температуры тела ингибируется целый ряд эволюционно закрепившихся механизмов компенсации повреждения организма, таких как фагоцитоз, синтез простагландинов, интерлейкинов, интерферона, угнетаются окислительные процессы, кровоток, тонус и активность скелетных мышц.

Коррекция температурного режима требует от лечащего врача не шаблонного подхода, а гибкой врачебной тактики (табл. 5).

**Таблица 5.** Некоторые методы лечения лихорадочных состояний

Методы лечения	Способ применения	Примечания
Парацетамол	650 мг каждые 3-4 ч	При печеночной недостаточности уменьшают дозу

Ацетилсалицил овая кислота	650 мг каждые 3-4 ч	Противопоказан детям из-за опасности синдрома Рейе, может вызвать гастрит, кровоточивость
Ибупрофен	200 мг каждые 6 ч	Эффективен при лихорадке вследствие злокачественных образований, может вызвать гастрит, кровоточивость
Обтирание прохладной водой	По необходимости	Обтирание спиртом не имеет преимуществ перед обтиранием водой
Холодные обертывания	По необходимости при гиперпирексии	После снижения температуры тела до 39,5 °С применяют обычные методы лечения. Может вызвать спазм сосудов кожи

### **ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ТЕМЕ ЛИХОРАДОЧНЫЙ СИНДРОМ:**

1. СРОК НАЗНАЧЕНИЯ ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА БОЛЬНОМУ ГРИППОМ ПРИ ЕГО АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ:

- 1) до нормализации температуры
- 2) до полного выздоровления
- 3) на первые три дня
- 4) на первые 5-6 дней

2. ПРИ ВОВЛЕЧЕНИИ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ТЕЛА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ:

- 1) в эпигастрии
- 2) в правом подреберье
- 3) в левом подреберье
- 4) в верхней половине живота

3. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТУБЕРКУЛЕЗ В ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ ПРОВОДИТСЯ:

- 1) рентгенография легких и трехкратное микроскопическое исследование мокроты с окраской по Цилю-Нильсену:
- 2) рентгенография легких

3) томография легких

4) бронхоскопия

4. ФОРМА ЛИХОРАДКИ:

1) возвратная

2) острая

3) подострая

4) молниеносная

5. ПО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЛИХОРАДКА БЫВАЕТ:

1) острая

2) ослабляющая

3) хроническая

4) неправильная

6. В ТЕЧЕНИЕ ЛИХОРАДКИ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЙ ПЕРИОД:

1) стадия максимального подъема

2) стадия плато

3) стадия убывания

4) стадия гипертермии

7. ВЕЩЕСТВА, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ЛИХОРАДКУ:

1) пирогены

2) интерфероны

3) медиаторы

4) лейкоциты.

8. ФЕБРИЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА, ЭТО:

1) 38-39<sup>0</sup>С

2) до 38<sup>0</sup>С

3) 39-40<sup>0</sup>С

4) выше 40<sup>0</sup>С

9. РЕМИТИРУЮЩАЯ ТЕМПЕРАТУРА, ЭТО:

1) вечерняя температура на 1-3<sup>0</sup>С выше утренней, субфебрильной

2) колебания температуры в пределах суток не более 1<sup>0</sup>С

3) ежедневные размахи температуры в 2-3<sup>0</sup>С и более

4) утренняя температура выше вечерней

10. РЕМИТИРУЮЩАЯ ТЕМПЕРАТУРА ВСТРЕЧАЕТСЯ, ПРИ:

1) ОРВИ

- 2) пиелонефрите
- 3) туберкулезе
- 4) лимфогранулематоз

11. ЗАЩИТНАЯ ФУНКЦИЯ ЛИХОРАДКИ ИСЧЕЗАЕТ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ:

- 1) 40<sup>0</sup>C
- 2) 37,5<sup>0</sup>C
- 3) 38<sup>0</sup>C
- 4) 39<sup>0</sup>C

12. СУБФЕБРИЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА, ЭТО:

- 1) до 38<sup>0</sup>C
- 2) до 40<sup>0</sup>C
- 3) до 39,5<sup>0</sup>C
- 4) до 37<sup>0</sup>C

13. ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ СУБФЕБРИЛИТЕТОМ:

- 1) острый лейкоз
- 2) ИБС
- 3) бронхиальная астма
- 4) остеохондроз

14. ДЛЯ ЛИХОРАДКИ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ХАРАКТЕРНО:

- 1) малосимптомность и атипичность клинических проявлений заболевания
- 2) увеличение функциональных резервов всех органов и систем
- 3) повышение порога чувствительности к различного рода стрессам
- 4) медленное развитие острых нарушений (делирия, сердечной и дыхательной недостаточности)

15. ПОСТОЯННАЯ ЛИХОРАДКА-ЭТО:

- 1) когда различия между утренней и вечерней температурой тела незначительные
- 2) высокая лихорадка в течение 2–7 дней, чередующаяся с периодами нормальной температуры тела, длящейся несколько дней.
- 3) постепенное нарастание температуры тела изо дня в день до высоких цифр с последующим ее снижением
- 4) лихорадка, при которой отсутствуют какие-либо закономерности подъема и снижения температуры тела

#### 16. АТИПИЧНАЯ, ЛИХОРАДКА-ЭТО:

- 1) лихорадка, при которой отсутствуют какие-либо закономерности подъема и снижения температуры тела
- 2) проявляется постепенным нарастанием температуры тела изо дня в день до высоких цифр с последующим ее снижением
- 3) когда различия между утренней и вечерней температурой тела незначительные
- 4) высокая лихорадка в течение 2–7 дней, чередующаяся с периодами нормальной температуры тела, длящейся несколько дней.

#### 17. ВОЛНООБРАЗНАЯ ЛИХОРАДКА-ЭТО:

- 1) постепенное нарастание температуры тела изо дня в день до высоких цифр с последующим ее снижением
- 2) лихорадка, при которой отсутствуют какие-либо закономерности подъема и снижения температуры тела
- 3) когда различия между утренней и вечерней температурой тела незначительные
- 4) высокая лихорадка в течение 2–7 дней, чередующаяся с периодами нормальной температуры тела, длящейся несколько дней.

#### 18. ВОЗВРАТНАЯ ЛИХОРАДКА-ЭТО.

- 1) высокая лихорадка в течение 2–7 дней, чередующаяся с периодами нормальной температуры тела, длящейся несколько дней.
- 2) когда различия между утренней и вечерней температурой тела незначительные
- 3) постепенное нарастание температуры тела изо дня в день до высоких цифр с последующим ее снижением
- 4) лихорадка, при которой отсутствуют какие-либо закономерности подъема и снижения температуры тела

### **Литература**

#### **Основная:**

1. Лихорадка неясного генеза. Учебно-методическое пособие. А.А. Низов, Н.С. Асфандиярова, Э.И. Колдынская. Рязань, 2015

2. Дифференциальная диагностика основных клинических синдромов на догоспитальном этапе. Учебное пособие. Часть 1. Внутренние болезни. Под редакцией В.А. Башкатова., стр 66-82

**Дополнительная:**

1. Сепсис в начале XXI века: классификация, клиникодиагностическая концепция и лечение : метод. рекомендации Российской ассоциации специалистов по хирургической инфекции / В. С. Савельев [и др.]. – М., 2004. – 192 с.

2. Виноградова О.М. Лихорадочные маски злокачественных опухолей / О.М. Виноградова, Е.М. Тареев, А.П. Соловьева // Терапевт. арх. – 1985. – №. 6. – С. 199-124.

3. Воробьев А.И. Гипертермия во внутренней клинике / А.И. Воробьев, М.Д. Бриллиант // Терапевт. арх. – 1981. – №10. – С. 4-14.

4. Дворецкий Л.И. Лихорадка неясного генеза в клинике внутренних болезней / Л.И. Дворецкий. – М., 1997. – 238 с.

5. Дворецкий Л.И. Лихорадка неясного генеза: реальна ли расшифровка? / Л.И. Дворецкий // Русский медицинский журнал.- Электрон. дан.- Режим доступа: 6. Демко И.В. Лихорадка неясного генеза / И.В. Демко // Вестник клинической больницы № 51. □ 2009. □ Т. 3, № 4. □ С. 10-16.

7. Дидковский Н.А. О лихорадках неясного генеза в практике терапевта / Н.А. Дидковский., Л.И. Дворецкий // Сов. медицина. – 1980. – №9. – С. 65-70.

8. Лихорадка неясного генеза в практике педиатра и детского ревматолога / Н.Н. Кузьмина [и др.] // Педиатрия. □ 2009. □ Т. 88, № 5. □ С. 120-127.

9. Мухин Н.А. Лихорадка неясного генеза / Н.А. Мухин // Фарматека. – 2011. – № 19. □ С. 9-14.

10. Белобородов В.Б. Лихорадка неясного генеза / В.Б. Белобородов // Клиническая микробиология и антимикробная терапия. – 2000. – №2. - С. 34-39.

11. Хили П.М. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Алгоритмический подход / П.М. Хили, Э.Д. Джекобсон. □ М.: Бином, 2014. □ 280 с. 137

12. Fever of unknown origin: report of 107 cases in a university hospital / К.К. Yu [et al.] // International journal of clinical and experimental medicine. - 2014. - Vol. 7, № 12. - P. 5862-5866.

**13**

