

ЛИХОРАДКА В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Киселевич Марианна Михайловна

*канд. мед. наук, старший преподаватель, Белгородский национальный
исследовательский университет (НИУ «БелГУ»), РФ, г. Белгород*

E-mail: marianna1970@live.ru

Киселевич Виктор Михайлович

*врач-терапевт Муниципальная городская клиническая больница (МГКБ) № 1
РФ, г. Белгород*

Крюкова Елена Станиславовна

*врач-кардиолог, инфарктное отделение Муниципальная городская клиническая
больница (МГКБ) № 1, РФ, г. Белгород*

FEVER OF AT THE CLINIC OF INTERNAL MEDICINE

Kiselevich Marianna

*cand. Med. Sciences, senior lecturer, Belgorod National Research University, Russia,
Belgorod*

Kiselevich Victor

physician, City Hospital № 1, Russia, Belgorod

Kryukova Elene

cardiologist, City Hospital № 1, Russia, Belgorod

АННОТАЦИЯ

Проведен анализ причин и особенностей клинического течения у 128 (2,8 %) больных с лихорадкой. Преобладали больные в возрасте до 59 (45,3 %) лет жители городской местности (86,0). Среди поступивших наибольшее число составили больные с лихорадкой неясного генеза (35,1 %), затем атеросклеротический кардиосклероз (18,0 %) и артериальная гипотония (14,8), а другие реже. Причинами лихорадки у больных после проведенного обследования была инфекция (53,1 %), злокачественные опухоли (20,3 %) и лихорадка неясного генеза (14,8 %). Частота пролеченных больных с лихорадкой составила 2,8 % случаев.

ABSTRACT

The analysis of the causes and features of clinical course of 128 (2,8 %) and sick with fever. Among the studied patients were under the age of 59 (45,3 %) and for years residents of urban areas (86,0). Among the largest number of patients received was sick with a fever of obscure Genesis (35,1 %), followed by atherosclerotic cardio sclerosis (18,0 %) of and arterial hypotension (14,8) and others less frequently. The most

common causes of fever in patients was 53,1 %) and infection (malignant tumors (20,3 %) and fever (14,8 %) and unknown reason. Incidence of patients with fever were treated with therapeutic City Hospital № 1, Belgorod, Russia was 2.8 per cent.

Ключевые слова: лихорадка; причины лихорадки; клиника.

Keywords: fever; causes of fever; clinical.

Введение. Лихорадка со стойким повышением температуры тела является одной из важных проблем в клинике внутренних болезней. Это обусловлено трудностями в диагностике её причин, несмотря на современные методы клинического обследования больного, применение новых лабораторных и инструментальных методов [4]. Длительность лихорадки может быть менее 2 недель, и она чаще обусловлена инфекцией или приемом лекарственных препаратов, а лихорадка более 2 недель — требует обследования больного в стационаре.

По степени повышения температуры выделяют: субфебрильная — 37—38 °С, умеренно повышенная — 38—39 °С, высокая — 39—40° С, чрезмерно высокая — выше 40 °С, гиперпиретическая — выше 41—41 °С.

В диагностике лихорадки имеет значение не только степень повышения температуры тела, но и характер её суточных колебаний (тип лихорадки). Обычно это неспецифичные колебания температуры, но иногда они могут служить дифференциально-диагностическим признаком. Существуют следующие типы лихорадок: а) постоянная лихорадка (суточные колебания температуры тела в пределах 1°С) — наблюдается она при пневмококковой пневмонии, подостром инфекционном эндокардите, рожистом воспалении; б) послабляющая лихорадка (с суточными колебаниями температуры тела до 2°) — при туберкулезе, сепсисе, пневмонии; в) перемежающаяся лихорадка (интермиттирующая — суточные колебания 3—5 °С с падением до нормы, повторяющиеся через 1—3 дня) — малярия, абсцессы, туберкулез, лимфомы, лимфогранулематоз; г) истощающая, или гектическая (суточные колебания от

39 °С и более с падением до нормы или ниже нормы) — сепсис, туберкулез; д) обратная (утренняя температура выше вечерней) — бруцеллез, сепсис, туберкулез; е) неправильная – грипп, ревматизм, дизентерия, туберкулез [1].

Кроме того, в клинической практике часто встречается лихорадка неясного генеза (ЛНГ), являющаяся по определению некоторых авторов постоянным или эпизодическим повышением температуры тела до 38,3 °С и более, длительностью больше 3-х недель, неясного генеза после исследований за недельный период пребывания в стационаре [5; 7].

Наиболее часто в амбулаторных условиях применяется классификация лихорадки D.T. Durack, A.C. Street [6]. Авторы разделили ее на 4 варианта: классическая, больничная, на фоне нейтропении и на фоне ВИЧ- инфекции. Эта классификация упрощает дифференциальную диагностику многих заболеваний.

Причины возникновения лихорадки различны. В 30 % случаев она имеет инфекционное происхождение и наблюдается при туберкулезе, абсцессах различной локализации, инфекционном эндокардите, остеомиелите, синусите, а также — цитомегаловирусная инфекция, инфекция вирусом Эпштейн-Бара, ВИЧ-инфекция, Лаймская болезнь, инфекции мочевыводящей системы, малярия и др. Около 30 % лихорадка может быть вызвана злокачественными новообразованиями — лимфогранулематоз и лимфомы, лейкозы, миелодиспластические заболевания, опухоли толстого кишечника, почек, печени, в т. ч. и метастазы в кости, печень, ЦНС, миксома предсердия). В 15 % она сопровождает ревматические болезни — СКВ, ревматоидный артрит, синдром Стилла, ревматическая атака, системные васкулиты, синдром Рейтера и др. В 15—20 % наблюдаются и другие причины – саркоидоз, рецидивирующая ТЭЛА, болезнь Крона, болезнь Уиппла, гепатиты, эндокринные заболевания, расстройства терморегуляции, симуляция и др. Примерно 10—15 % причина лихорадка неясного генеза так и остается не уточненной этиологии [3; 5].

Таким образом, лихорадка является частым поводом обращения больного к врачу и если она беспричинно сохраняется длительное время — показано стационарное обследование для уточнения её причины и лечения больного.

Цель исследования: выяснить причины, типы лихорадок и особенности их клинического течения в клинике внутренних болезней.

Материалы и методы: За 2012—2014 гг. были проанализированы истории болезни больных с лихорадкой, находившихся на лечении в терапевтическом отделении МБУЗ городской клинической больницы № 1 г. Белгорода, а также журналы «Лихорадящих больных». В ходе анализа были оценены гендерный, возрастной состав пациентов, а также основные причины, степени повышения температуры и типы лихорадок.

Результаты исследований. За 3 года в терапевтическое отделение поступило 4648 больных, из них с лихорадкой было 128 человек (2,8 %). По полу мужчины составили 54 (42,2 %), а женщины — 74 (57,8 %) человек. По возрасту, они распределились следующим образом: до 59 лет — 58 (45,3 %), от 60 до 74 лет — 47 (36,7 %) и от 75 до 90 лет — 23 (18,0 %). Среди исследуемых преобладали больные в возрасте до 59 лет (45,3 %). В плановом порядке по направлению врачей поликлиник поступило 47 (36,7 %) человек и по скорой помощи — 81 (63,3 %).

Городских жителей было 110 (86,0 %) и сельских — 18 (14,0 %) человек. Средний койко-день пребывания в стационаре составил $20,8 \pm 2,1$.

Пациенты с лихорадкой были направлены в больницу с разными диагнозами, которые были не подтверждены на этапе приемного отделения и для уточнения диагноза были госпитализированы в терапевтическое отделение, так как имели в анамнезе подъёмы температуры тела и только у 45 человек направительный диагноз — «Лихорадка неясного генеза». Диагноз заболеваний больных при поступлении в терапевтическое отделение представлен в таблице 1.

Таблица 1.

Диагноз заболеваний у обследованных больных при поступлении в терапевтическое отделение МБУЗ ГКБ № 1 г. Белгорода за 2012—2014 гг.

Заболевания	2012 г.	2013 г.	2014 г.	Всего
Лихорадка неясного генеза	14(10,9 %)	15(11,7 %)	16(12,5 %)	45(35,1 %)
Артериальная гипотония	6(4,7 %)	6(4,7 %)	7(5,5 %)	19(14,8 %)
Внебольничная пневмония	3 (2,3 %)	4(3,1 %)	4(3,1 %)	11(8,6 %)

Хронический пиелонефрит	2 (1,6 %)	2(1,6 %)	2(1,6 %)	6(4,7 %)
Кома неясной этиологии	1 (0,7 %)	1(0,7 %)	1(0,7 %)	3(2,3 %)
Анемия, спленомегалия	3 (2,3 %)	4(3,1 %)	5(3,9 %)	12(9,4 %)
Гипогликемия	—	1(0,7 %)	1(0,7 %)	2(1,6 %)
ИБС: атеросклеротический кардиосклероз	7 (5,5 %)	7(5,5 %)	9(7,0 %)	23(18,0 %)
Хронический бронхит	2 (1,6 %)	2(1,6 %)	3(2,3 %)	7(5,5 %)
Итого:	38 (29,7 %)	42(32,8 %)	48(37,5 %)	128(100 %)

Из таблицы 1 видно, что из диагнозов направленных больных наибольшее число составили «Лихорадка неясного генеза» (45—35,1 %), «ИБС: атеросклеротический кардиосклероз» (23—18,0 %) и «Артериальная гипотония» (19—14,8), а другие реже.

При поступлении в терапевтический стационар больные предъявляли различные жалобы, но наиболее частыми из них были на общую слабость и потливость — у 25(19,5 %) человек; головокружение и головная боль — у 18 (14,0 %); одышка в покое или ощущение нехватки воздуха — у 14 (10,9 %); сердцебиение — у 11 (8,6 %). Реже больные отмечали жалобы на боли в животе (без четкой локализации умеренной интенсивности) — у 14 (10,9 %); тошнота, рвота — у 10 (7,8 %); слабость, онемение или похолодание в конечностях — у 8 (6,2 %); синкопальные состояния — у 3 (2,3 %); похудание — у 6 (4,7 %); кашель с мокротой — у 9 (7,0 %); отеки на ногах — у 2 (1,6 %); «ломота», боли в суставах — у 8 (6,2 %) человек.

Всем поступившим больным с лихорадкой были проведены клинические, лабораторные и инструментальные исследования, включающие общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови с определением С-реактивного белка (СРБ), АСТ, АЛТ, холестерин, липидный профиль, уровень креатинина, K^+ , Fe^+ , глюкоза крови, посевы крови на стерильность, ВИЧ-инфекцию, Hbs-АГ, гемокультура и другие бактериологические и вирусологические исследования. Инструментальные исследования включали: эзофагофибро-гастроскопию (ЭФГС), фибробронхоскопию (ФБС), ректоромано-ирриго-колоноскопию; эхокардиографию (ЭхоКГ), ультразвуковое

исследование органов брюшной полости, малого таза, почек и щитовидной железы (УЗИ); рентгенографию легких, СКТ головного мозга, органов грудной и брюшной полости (по показаниям).

Дополнительно были проведены консультации следующих врачей: лор-врача, стоматолога, ревматолога, инфекциониста, уролога, гинеколога, хирурга, эндокринолога, кардиолога, реаниматолога, фтизиатра, невролога, гематолога (и других при необходимости). Мы также анализировали данные протоколов патологоанатомических вскрытий. Все полученные данные были подвергнуты статистической обработке.

У 28 (21,8 %) поступивших больных по степени повышения температуры тела была выявлена субфебрильная температура тела, у 62 (48,4 %) — умеренно повышенная, у 26 (20,3,0 %) — высокая, у 11 (8,6 %) — чрезмерно высокая и у 1 (0,8 %) — гиперпиретическая.

Типы лихорадки у обследованных больных были различными в зависимости от суточного колебания температуры тела. Так, тип постоянная температура тела была у 46 (36,0 %) больных: с пневмонией (14—7,8 %), пиелонефритом (26—20,3 %), бронхоэктатической болезнью (3—2,3 %), отравления (2—1,6 %) и ревматический артрит (1—0,7 %).

Послабляющая температура наблюдалась у 7 (5,5 %) больных страдающих острым гайморитом (2—1,6 %) и ОНМК (5—3,9 %). Перемежающая температура была у 2 (1,6 %) больных с неходжкинскими лимфомами. Истощающая температура наблюдалась у 14 (10,9 %) больных с сепсисом (1—0,7 %), туберкулезом (2—1,6 %), абсцессы (3—2,3 %), флегмона (2—1,6 %), геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (2—1,6 %), фиброзирующий альвеолит (1—0,7 %), гранулематоз Вегенера (1—0,7 %), злокачественный нейрорептический синдром (2—1,6 %).

Обратная температура тела была у 3 (2,3 %) больных с хламидиозом (1—0,7 %), иерсиниозом и псевдотуберкулезом (2—1,6 %). Неправильная температура наблюдалась наиболее часто у 56 (43,8 %) больных с инфекционным эндокардитом (6—4,7 %), острым миокардитом (1—0,7 %), токсическим

гепатитом (3—2,3 %), острые и хронические лейкозы (8—6,2 %), новообразования и метастазы (10,9 %), лимфаденопатия (1—0,7 %), ЛНГ (19—14,8 %) множественная миелома (2—1,6 %) и ВИЧ — инфекция (2—1,6 %).

Нами было установлено, что основной причиной лихорадки у большинства обследованных больных (68—53,1 %) была инфекция. Это было также подтверждено бактериологическим исследованием крови больных. При бактериологическом исследовании в посевах крови у 68 (53,1 %) больных были выявлены: золотистый стафилококк — у 25 (19,5 %), стрептококк — у 23 (18,0 %), кишечная палочка — у 8 (6,2 %), клебсиелла — у 1 (0,7 %), энтеробактер — у 7 (5,5 %), псевдомонас — у 4 (3,1 %), микрококк — у 4 (3,1 %) и споровая палочка — у 2 (1,6 %). У 60 (46,9 %) причиной лихорадки были злокачественные опухоли, аутоиммунные заболевания и др.

После комплексного обследования больных с лихорадкой были уточненные диагнозы заболеваний. Эти данные представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Клинический диагноз больных с лихорадкой после комплексного обследования в терапевтическом отделении МБУЗ ГКБ № 1 г. Белгорода за 2012—2014 гг.

Нозологическая форма заболевания	Количество больных, абс.
Хронический пиелонефрит	19(14,8 %)
Острый пиелонефрит	7(5,5 %)
Пневмонии	14(10,9 %)
Бронхоэктатическая болезнь	3(2,3 %)
Инфекционный эндокардит	6(4,7 %)
Острый миокардит	1(0,7 %)
Сепсис криптогенный	1(0,7 %)
ОНМК (ВМК)	5(3,9 %)
Токсический гепатит	3(2,3 %)
ГЛПС	2(1,6 %)
Иерсиниоз, псевдотуберкулез	2(1,6 %)
Хламидийная инфекция	1(0,7 %)
Туберкулез легких	2(1,6 %)
Абсцесс печени	2(1,6 %)
Флегмона нижней конечности	2(1,6 %)
Абсцесс грудного отдела позвоночника	1(0,7 %)
2-х сторонний гайморит, этмоидит	2(1,6 %)
Злокачественный нейрорлептический с-м	2(1,6 %)
ВИЧ – инфекция	2(1,6 %)
Острый лейкоз	2(1,6 %)
Хронический лейкоз	6(4,7 %)

Множественная миелома	2(1,6 %)
Новообразования	12(9,4 %)
Неходжкинские лимфомы	2(1,6 %)
Метастатический плеврит	2(1,6 %)
Субаксиллярный лимфаденит	1(0,7 %)
Отравление грибами	1(0,7 %)
Отравление этиленгликолем	1(0,7 %)
Фиброзирующий альвеолит	1(0,7 %)
Гранулематоз Вегенера	1(0,7 %)
Ревматоидный артрит	1(0,7 %)
Лихорадка неясного генеза	19(14,8 %)
Итого	128(99,5 %)

Из таблицы 2 видно, что наиболее часто лихорадка наблюдалась у больных с хроническим пиелонефритом (19—14,8 %), пневмониями (14—10,9 %), новообразованиями 12 (9,4 %), а другие реже. У 19 (14,8 %) остался диагноз «Лихорадка неясного генеза» из-за не выявленной причины.

Больным с лихорадкой инфекционной этиологии была проведена антибактериальная терапия с учетом чувствительности к возбудителям, жаропонижающие препараты и НПВС (нурофен, парацетамол, аспирин, ибупрофен и др.) [2], глюкокортикоиды, больным с онкологическими заболеваниями — симптоматическое лечение, по показаниям — другие пациенты переведены в профильные отделения для продолжения лечения.

Таким образом, лихорадка в клинике внутренних болезней требует полноценного и дорогостоящего обследования с целью установления диагноза и правильного лечения больного.

Выводы:

1. Частота больных с лихорадкой, пролеченных в терапевтическом отделении МБУЗ ГКБ № 1 г. Белгорода составила 2,8 % случаев.

2. Среди больных с лихорадкой преобладали пациенты с инфекцией (53,1 %), злокачественными опухолями (20,3 %) и лихорадкой неясного генеза (14,8 %).

3. Из типичных форм температурных кривых чаще встречались неправильная лихорадка у 56 (43,7 %) и постоянная у 46 (36,0 %), а по степени повышения температуры — умеренно повышенная температура у 62 (48,4 %).

Список литературы:

1. Гребнев А.Л. Пропедевтика внутренних болезней: Учебник. 6-е изд. перераб. и доп. М.: Издательство «Шик», 2011. — 656 с.
2. Ерофеева С.Б. Нуروفен в лечении лихорадки, боли, жара / С.Б. Ерофеева // Фарматека . — 2011 . — № 5. — С. 56—61.
3. Либман Х., Броди Ш. Лихорадка неизвестного происхождения /Х. Либман, Ш. Броди/. Общая врачебная практика. Книга 1. 2005. — С. 203—210.
4. Мухин Н.А. Лихорадка неясного генеза/Н.А. Мухин / Фарматека, — 2011. — № 19. — С. 9—14.
5. Хандрик В. Лихорадка неясного генеза. Определение. Рекомендации. Диагностические подходы / В. Хандрик, Г. Менцель; пер. с нем. под ред. Л. И. Дворецкого. М.: ГЭОТАР-Медиа , 2008 . — 144 с.
6. Durack D.T., Street A.C.: Fever of unknown origin: reexamined and redefined. In: Remington J.S., Swartz M.N., eds: Current clinical topics in infection disease, Cambridge, Mass, Blackell, 1991.
7. Petersdorf R.G., Beeso P.B.: Fever of unexplained origin: report on 100 cases, Medicine 40: 1, 1961.