

ДЛИТЕЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

Мурадова Е.Ю., Агалакова И.А., Зыкова И.В.

Кировская государственная медицинская академия,

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель - к.м.н., доцент Зыкова И.В.

Зав.кафедрой - д.м.н., профессор Бондаренко А.Л.

Под длительной лихорадкой неясного генеза понимают повышение температуры тела свыше 38,30С, продолжающееся более 3 недель при исключении острых инфекций и отсутствии локальных симптомов заболевания, при неясной клинической картине после недельного обследования в клинике с использованием рутинных методов. Спектр патологии, лежащей в основе лихорадок неясного генеза, достаточно широк и включает различные заболевания инфекционной и неинфекционной природы. Целью нашей работы стало изучение структуры длительных лихорадок у лиц, поступивших в инфекционную больницу г. Кирова с предварительным диагнозом - лихорадка неясного генеза (ЛНГ). В ходе работы нами было проанализировано течение болезни у 18 пациентов. Мужчин было 7 человек (39%), женщин - 11 (61%). Средний возраст больных составил 37,8±3,4 лет. Острое начало болезни отмечалось в 40% случаев, в остальных - заболевание начиналось подостро. Все заболевшие отмечали наличие лихорадки в течение более трех недель. У 61% больных температура тела повышалась до фебрильных значений, у 39% - до субфебрильных. Обследованные предъявляли жалобы на слабость (100%), головную боль (67%), головокружение (11%), снижение аппетита (44%), боли в суставах (28%), боли в пояснице (22%), похудание (22%), тошноту и рвоту (17%). У некоторых пациентов были выявлены катаральные явления в виде фарингита (17%) и непродуктивного кашля (22%). При объективном обследовании у 33% больных выявлялось увеличение различных групп лимфатических узлов, у 17% - розеолезная или петехиальная сыпь. Для выяснения причин ЛНГ проводилось рутинное обследование, включающее общий анализ крови с подсчётом тромбоцитов, ретикулоцитов, биохимические анализы, отражающие функциональное состояние печени и почек, рентгенологическое исследование грудной клетки, анализ кала, мочи, ЭКГ. В ходе проведённых лабораторных исследований были выявлены следующие изменения: снижение гемоглобина у 25% больных, снижение эритроцитов у 40% больных, в 50% выявлялся лейкоцитоз, у 10% - лейкопения, у 60% - лимфопения, повышение СОЭ - у 90% исследуемых. Для облегчения

дифференциально-диагностического поиска при ЛНГ существует алгоритм, состоящий из нескольких этапов. На этапе исключения инфекционной патологии дифференциальная диагностика была проведена с такими заболеваниями как брюшной тиф, паратиф, малярия, иерсиниоз, ГЛПС, лептоспироз, ОРЗ, хламидиоз, сальмонеллёз, боррелиоз, клещевой энцефалит, туберкулёз, бруцеллёз, менингит. Реже дифференциальная диагностика проводилась с лихорадкой Ку, ВИЧ-инфекцией. Результатом различных этапов диагностического поиска было исключение инфекционной патологии у всех 18 больных. В итоге, после проведённых исследований, была выявлена онкопатология (опухолевые процессы матки, яичников, забрюшинного пространства, средостения) в 34% случаев, диффузные заболевания соединительной ткани - 28%, туберкулёз - 17%, инфекционный эндокардит - 11%, тиреоидит - 6%, острый холецистит - 4%. Таким образом, преобладание неспецифических симптомов интоксикации, отсутствие патогномичных признаков болезни затрудняют постановку диагноза в начале заболевания. Требуется поэтапное обследование пациента с проведением специфических лабораторных и инструментальных методов диагностики. Наиболее частыми причинами лихорадки неясного генеза среди госпитализированных в инфекционный стационар пациентов оказались онкопатология и диффузные заболевания соединительной ткани.