

уретролитотрипсия с использованием YAG-лазера, оказавшаяся исключительно эффективной даже при очень прочных камнях (цистиновые камни и камни из моногидрата оксалата кальция). Совсем недавно стали применяться новые технологии разрушения мочевых камней при помощи электронной лазерной абляции – Free electron laser ablation (FEL). Последняя выполняется при изменяющейся длине волны от 2,1 до 9,8 мкм с продолжительностью импульса 5 мкс. При этом высвобождается энергия до 100 мДж на 1 импульс. Облучение вызывает непосредственную абляцию камня по оси в виде своеобразного кратера с минимальным латеральным повреждением. Изменение длины

волны позволяет менять форму и размеры кратера, добиваясь разрушения различных по составу и плотности конкрементов. Общей практикой является установка мочеточникового стента накануне литотрипсии, хотя это не всегда предупреждает развитие «каменной дорожки». К середине 90-х гг. прошлого столетия был успешно внедрен в клиническую практику еще один способ контактного разрушения камней мочеточника – электро-механическая (баллистическая) литотрипсия при помощи специальной аппаратуры, получившей название «Lithoclast», эффективная при камнях различной плотности, локализующихся в средней и нижней трети мочеточника.

Урология. – 2007. – № 6. – С. 3–13.

Лихорадка неясного происхождения

Термин «лихорадка неясного происхождения» (ЛНПр) введен Биномом в 1967 г. Под этим термином понимается повышение температуры тела выше 38,3 °С на протяжении более 3 недель без установления причины.

Механизм развития лихорадки. Известно, что терморегуля-

цию в человеческом организме осуществляет специальный центр гипоталамуса путем сложной системы контроля за процессами теплопродукции и теплоотдачи. Поддержание равновесия между этими двумя системами обеспечивает физиологические колебания температуры тела человека. Терморегуляция может быть на-

рушена вследствие воздействия различных экзо- или эндогенных факторов (инфекция, интоксикация и др.). При этом «раздраженные» нейтрофилы, моноциты, фиксированные макрофаги продуцируют лейкоцитарный термостабильный пироген белковой природы, который опосредует лихорадочный эффект (преобладание термопродукции над термоотдачей); в последнее время большое значение в качестве пирогенной субстанции придают простагландинам группы E2

Заболевания, которые могут проявляться лихорадкой.

1.Туберкулез.

2.Злокачественные (реже доброкачественные) новообразования неуточненной локализации.

3.Некоторые формы гемобластозов.

4.Очаги бактериальной, реже паразитарной инфекции (чаще скрытые в брюшной полости).

5.Системные поражения соединительной ткани («коллагенозы»).

6.Гранулематозные поражения неуточненной природы и локализации.

7.Нейроэндокринные заболевания.

8.Лекарственная болезнь.

9.Лихорадочная форма периодической болезни.

10.Дебюты некоторых редких заболеваний (неспецифический язвенный колит, миксома предсердия, тромбоэмболия легочной артерии).

11.Артифициальная лихорадка.

12.Лихорадка, природу которой не удается выяснить.

Дифференциальная диагностика. Последовательность расположения групп патологии в вышеприведенной классификации определена частотой их встречаемости в клинической практике, что и лежит в основе дифференциального диагноза. Как правило, можно выделить три варианта лихорадки.

1.Лихорадка в течение длительного периода является единственным проявлением болезни или сочетается с неспецифическими симптомами (слабость, потливость, повышенная возбудимость при отсутствии воспалительных острофазовых сдвигов в плазме крови и локальных проявлений болезни).

2.Лихорадка сочетается с неспецифическими, выраженными острофазовыми реакциями (повышенная СОЭ, увеличение фибриногена, выраженные изменения в структуре глобулиновых фракций и др.) при отсутствии локальной патологии, выявляемой клинически и даже при ис-

пользовании применяемых в стационаре методов исследования (рентгеноскопия, эндоскопия, рентгенография, УЗИ, ЭКГ и др.)

3. Лихорадка сочетается как с выраженными неспецифическими острофазовыми реакциями, так и с органическими изменениями невыясненной природы (артралгия, боли в брюшной полости, небольшой выпот в плевральную полость, гепатомегалия и др.). В этих случаях следует прибегнуть к более информативным лабораторным, функционально-морфологическим и инструментальным методам исследования.

Очень долго (до развития других симптомов) лихорадка может быть единственным проявлением туберкулеза легких, печени, перикарда, женских половых органов, брюшины, лимфатических узлов брыжейки и средостения. Наиболее надежен в этих случаях бактериологический метод исследования.

В процессе дифференциальной диагностики лихорадочных состояний следует помнить, что синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) — инфекционное заболевание, которое длительный период может сопровождаться лихорадкой и такими же неспецифическими симптомами, как общая слабость и похудание.

Более 1/3 случаев ЛНПр связано с трудно распознаваемой первичной локализацией злокачественных новообразований (чаще в брюшной полости: почках, ободочно-толстой кишке, предстательной железе, печени, желудке). Хорошо известно, что сами опухолевые клетки злокачественных новообразований могут продуцировать пирогенные субстанции уже на ранней стадии.

Из системных поражений соединительной ткани («коллагенозов») на первое место в качестве причины синдрома ЛНПр должен быть поставлен узелковый периартериит (волнообразная лихорадка, снижающаяся под влиянием нестероидных противовоспалительных средств и глюкокортикоидных гормонов; похудание; полиорганная патология — коронариит, бронхоспазмы, синдром Вегнера, абдоминальный синдром, поражение почек с развитием гипертензии, полиневриты, подкожные узелки; нейтрофильный лейкоцитоз, эозинофилия, увеличение фибриногена, СОЭ, α 2- и γ -глобулинов).

Причиной длительной лихорадки могут быть близкие узелковому периартерииту по патогенезу и морфологии макро-

сосудистые васкулиты: болезнь Хортона (страдают преимущественно лица пожилого возраста; чаще поражаются височные артерии; отмечается похудание, сосудистые проявления, зависящие от локализации процесса, увеличение СОЭ, СРВ, активности щелочной фосфатазы; диагноз подтверждается биопсией); болезнь Такаюсу (страдают женщины в возрасте 15—40 лет; поражаются преимущественно крупные сосуды — аорта и ее ветви; в ранней стадии заболевания нередко наблюдаются системные проявления, характерные для ревматических заболеваний (артралгии, реже полиартрит), в поздней стадии — признаки сосудистой недостаточности (отсутствие пульса, повышение АД, ИБС, легочная гипертензия и др.); болезнь Бюргера (заболевают преимущественно мужчины; характерны признаки генерализованного васкулита — перемежающаяся хромота, парестезии, тромбозы); системный ревматоидный васкулит (встречается преимущественно у мужчин; часто поражаются кожные покровы (язвы, пурпура, петехии, гангренозная пиодермия)); выявляется органная патология (поражение нервной системы, легких, сердца, кишеч-

ника) и, как правило, отмечается увеличение СОЭ, тромбоцитоз, реже — лейкоцитоз, гипергаммаглобулинемия.

Причиной длительно рецидивирующей, часто гектической лихорадки могут быть такие системные воспалительные заболевания, как ювенильный хронический артрит (самое частое ревматическое заболевание детского возраста) и болезнь Стилла. Ведущим клиническим симптомом при этих заболеваниях длительное время может быть лихорадка.

Особое место среди причин синдрома ЛНПР в настоящее время занимает первичный инфекционный эндокардит, так как при этом, как правило, лихорадка надолго опережает органические проявления заболевания, особенно у пожилых людей. Естественно, что при сочетании каких бы то ни было органических шумов над областью сердца с синдромом ЛНПР в первую очередь должен быть исключен инфекционный эндокардит (причиной эндокардита нередко бывают грибки). Следует помнить, что идя септического эндокардита характерны ознобы, эмболии.

Из гемобластозов на первое место в качестве причины синдрома ЛНПР должен быть поставлен лимфогранулематоз



(болезнь Ходжкина), а также неходжкинские лимфомы (иммунобластная лимфаденопатия, лимфоцитомы, лимфосаркома) с локализацией в неувеличенной или малоувеличенной селезенке (реже печени) и забрюшинных лимфоузлах.

Изредка синдром ЛНПр может быть дебютом острого лейкоза. В этом случае, как правило, имеется тенденция к панцитопении, оссалгиям, геморрагическим проявлениям.

Среди гранулематозных неспецифических поражений печени и селезенки в качестве причины синдрома ЛНПр на первое место должен быть поставлен так называемый гранулематозный гепатит — неспецифическая гранулематозная реакция печени патоиммунной природы на неизвестный, возможно, вирусный агент. Диагноз решает пункционная биопсия печени.

Из нейроэндокринных заболеваний причиной ЛНПр чаще всего бывает нарушение терморегуляции, обусловленное гипоталамическим синдромом. Эту лихорадку выделяет отсутствие существенных патологических сдвигов в содержании острофазных белков крови. Чаще при этом имеет место не столько выраженная лихорадка, сколько явления субфебрилитета (термоневроз). Лихорадка бывает единственным проявлением непереносимости некоторых антибиотиков.

Синдром ЛНПр нередко может быть дебютом многих самых разнообразных нозологических форм, в частности таких, как неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, экссудативный перикардит, тромбоэмболия легочной артерии, миксомы предсердия. Ориентиром в диагностике является конкретное знание клинических проявлений названных заболеваний.

При безуспешности лабораторно-инструментального обследования (эндоскопия, томография, УЗ И и др.) вполне оправдана диагностическая лапаротомия, нацеленная на ревизию органов брюшной полости, ее лимфоузлов.

Сучков А. В., Комаров Ф. И. // Клин. медицина. - 1996. - № 7. - С. 61-63.