

# **РУКОВОДСТВО ПО ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЕ**

**БИБЛИОТЕКА НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА  
НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ**

**ПОД РЕДАКЦИЕЙ  
Г.П. Арутюнова, А.И. Мартынова,  
А.А. Спасского**



**Москва  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»  
2015**

# Лихорадка неясного генеза

---

**Лихорадкой** называют повышение температуры тела выше нормальных значений. Нормальные значения температуры при измерении в подмышечной впадине составляют 36,6 °С, при измерении в полости рта и в прямой кишке — до 37,3 °С.

К лихорадкам неясного генеза относятся:

- наличие у больного температуры тела более 38,3 °С (101 °F);
- длительность 3 нед и более, возможны периодические подъемы температуры тела в этот период;
- неочевидный диагноз.

Повышение температуры тела (при измерении в подмышечной впадине) до 37,5 °С называется субфебрильной лихорадкой или субфебрилитетом неясного генеза.

К лихорадке неясного генеза нельзя относить случаи неясных субфебрилитетов. Подобные состояния требуют другого подхода, а именно поиска:

- вегетативной дисфункции;
- инфекционно-воспалительного процесса (например, туберкулеза);
- других причин.

## Неотложные мероприятия по диагностике и лечению

По определению, длительная лихорадка не является неотложным состоянием. Тем не менее ее причиной может быть жизнеугрожающая ситуация, поэтому при работе с лихорадящим больным первым этапом является оценка витальных функций.

Тахикардия всегда сопутствует лихорадке, исключение составляет брюшнотифозная инфекция. Гипотония — нарастающий признак, она может свидетельствовать о развивающемся инфекционно-токсическом шоке.

Одышка часто сопутствует лихорадке, тем не менее это не исключает необходимости специального исследования легких.

## Неотложное лечение

Лихорадка с температурой тела менее 38 °С не требует лечения. При лихорадке более 38 °С:

- лечат основное заболевание;
- дают обильное питье;

- назначают парацетамол в дозе 20 мг/кг внутрь однократно, затем по 15 мг/кг каждые 6 ч;
- ацетилсалициловую кислоту детям не назначают во избежание синдрома Рея.

## Эпидемиология

- Генерализованные или локальные инфекционно-воспалительные процессы — 30–50% всех случаев.
- Опухоли — 20–30%.
- Системные болезни (коллагенозы, васкулиты) — 10–20%.
- Прочие болезни — 10–20%.
- Около 10% случаев лихорадки неясного генеза расшифровать не удается при жизни.
- В 3% случаев — после летального исхода и аутопсии.

## Классификация

Таблица 1. Общепринятая классификация по A.R. Roth, G.M. Basello (2003)

Лихорадка неясного генеза	Определение	Частые причины
Классическая	Температура >38,3 °С. Длительность >3 нед. Зарегистрирована во время как минимум трех амбулаторных визитов или 3 дня в стационаре	Инфекции, опухоли, заболевания соединительной ткани
Нозокомиальная	Температура >38,3 °С. Пациент госпитализирован ≥24 ч, но не было лихорадки при поступлении. Оценка по меньшей мере 3 дня	<i>Clostridium difficile</i> , энтероколит, лекарственно-индуцированная, тромбоэмболия легочной артерии, септический тромбофлебит, синусит (у пациентов с назогастральным или назотрахеальным зондом) и др.
Нейтропеническая	Температура >38,3 °С. Нейтрофилы ≤500/мкл. Оценка по меньшей мере 3 дня	Опportunистические бактериальные инфекции, аспергиллез, кандидоз, герпес-вирусы
Ассоциированная с ВИЧ-инфекцией	Температура >38,3 °С. Длительность >4 нед для амбулаторных пациентов, >3 дней — для стационарных. ВИЧ-инфекция подтверждена	<i>Cytomegalovirus</i> , <i>Mycobacterium avium-intracellulare complex</i> , пневмоцисты, лекарственно-индуцированная, саркома Капоши, лимфома

Лихорадки можно также делить по типу температурной кривой.

- Перемежающаяся лихорадка — с чередованием нескольких суток лихорадки, снижением ее более чем на 1 °С, затем возобновлением лихорадки (при малярии).
- Ремитирующая лихорадка с суточными колебаниями температуры тела более 1 °С (при гнойной инфекции, злокачественных новообразованиях).
- Волнообразная лихорадка с чередованием периодов постоянной или ремитирующей лихорадки с периодами нормальной температуры тела (при хроническом бруцеллезе, лимфогранулематозе).
- Постоянная лихорадка (при инфекциях, особенно вирусных).

Лихорадка неясного генеза требует отдельного внимательно-го рассмотрения в каждом случае повышения температуры тела выше 38,3 °С в течение более 3 нед при отсутствии выявления причины после 1-недельного интенсивного диагностического поиска. Различают:

- классический вариант лихорадки неясного генеза (трудные для диагностики варианты заболеваний, традиционно ассоциирующиеся с лихорадкой);
- госпитальные лихорадки неясного генеза;
- лихорадку неясного генеза на фоне нейтропении;
- ВИЧ-ассоциированные (микобактериозы, цитомегаловирусную инфекцию, криптококкоз, гистоплазмоз).

## Клиническая характеристика

Несмотря на то что длительная лихорадка является показанием к госпитализации, амбулаторному врачу следует хорошо знать вопросы распознавания ее причин для правильного и своевременного направления больного.

## Анамнез

Важно выяснить, являлся ли пациент до появления лихорадки здоровым или он страдал каким-либо заболеванием (ВИЧ-инфекцией, сахарным диабетом, гемобластозами, нейтропенией, заболеваниями печени), а также выяснить, какие ЛС он регулярно принимал (ГКС, иммунодепрессанты, антибиотики), какие операции перенес (протезирование тазобедренного сустава, клапанов сердца и др.). Эпидемиологический анамнез: путешествие в районы, эндемичные по инфекциям (подозрение на паразитозы); применение внутривенных наркотиков (риск бактериального эндокардита, вирусного гепатита).

## План обследования

План обследования следует формировать исходя из следующего алгоритма (рис. 1).

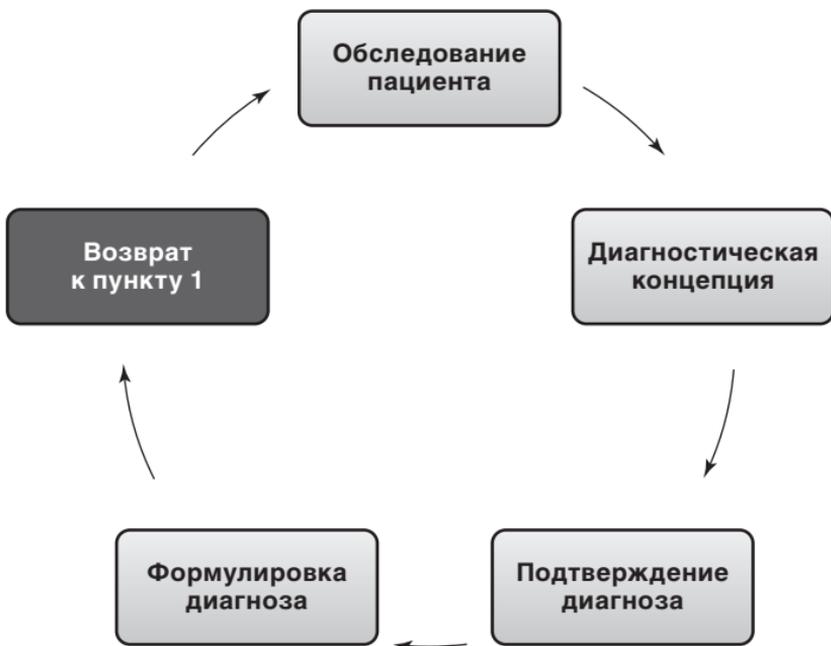


Рис. 1

### Первый этап

- Изучить особенности лихорадки — тип температурной кривой, наличие и выраженность ознобов и повышенной потливости. Выявить у больного дополнительные симптомы и синдромы на основании повторного детального осмотра больного и проведения рутинного лабораторно-инструментального обследования. Если лихорадка у больного сопровождается потрясающими ознобами и выраженной потливостью, то наиболее вероятной причиной лихорадки неясного генеза является бактериальная инфекция или ЛГМ.

### Второй этап

- Если диагноз не установлен на этапе 1, на основании полученных данных необходимо сформулировать предварительную диагностическую концепцию — предположить соответствующее заболевание или сходную группу заболеваний.

### Третий этап

- Разработать и реализовать рациональный план обследования для подтверждения выработанной диагностической концепции и дифференциальной диагностики внутри очерченной группы заболеваний с помощью наиболее информативных методов исследования.

**Четвертый этап**

- Сформулировать развернутый клинический диагноз заболевания с учетом результатов проведенного обследования.

**Таблица 2.** Синдромальный подход

<b>Ведущий дополнительный синдром</b>	<b>Наиболее вероятный круг заболеваний</b>
Мышечно-суставной (миалгии, миоциты, артралгии, артриты)	Ревматизм (ревматическая лихорадка), ревматоидный полиартрит, синдром Стилла у взрослых, реактивные артриты, СКВ, дерматомиозит, узелковый периартериит, ревматическая полимиалгия, трихинеллез, бруцеллез
Лимфаденопатия (увеличение периферических и/или медиастинальных лимфатических узлов)	Инфекционный мононуклеоз. Острый лейкоз (с пролиферативным синдромом). Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ). Лимфогранулематоз. Лимфосаркома. Саркоидоз. Туберкулезный лимфаденит. Системная красная волчанка. Ревматоидный полиартрит. Синдром Стилла у взрослых
Спленомегалия	Сепсис. Абсцесс селезенки. Туберкулез селезенки. Сублейкемический миелоз. Метамаларийная спленомегалия. Острый лейкоз. ХЛЛ. Инфекционный мононуклеоз. Лимфогранулематоз. Лимфосаркома. Системная красная волчанка
Гепатомегалия	Хронический активный гепатит. Холангит. Абсцесс печени. Первичный рак печени. Метастатическое поражение печени