

Е. С. Поляк, Е. Н. Жук
**СИНДРОМ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЕ
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

Научный руководитель канд. мед. наук, ассист. О. Н. Довнар – Запольская
Кафедра детских инфекционных болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. Представлены результаты анализа стационарных карт 50 пациентов, госпитализированных с направительным диагнозом «Лихорадка неясного генеза» и «Длительный субфебрилитет неустановленной этиологии» в Городскую детскую инфекционную клиническую больницу г. Минска за период 2014-2015 гг.

Ключевые слова: лихорадки неясного генеза, дети, диагностика.

Resume. The results of analysis of stationary cards 50 patients hospitalized with a diagnosis of the guide «fever of unknown origin» and «Long-term low-grade fever of unknown etiology» in the City children's infectious clinical hospital of Minsk for the period 2014-2015.

Keywords: fever of unknown origin, children, diagnostics.

Актуальность. Синдром лихорадки у детей является актуальной проблемой в современной практике врача-педиатра: заметно вырос поток больных детей, у которых лихорадка является основным или единственным признаком различных заболеваний, причина которых долго не может быть установлена.

Под лихорадкой неясного генеза (ЛНГ) понимают лихорадку продолжительностью более 2-х недель с повышением температуры тела выше 38,0°C. Диагноз «ЛНГ» имеет право на существование также в период обследования и при невозможности установления этиологии лихорадки.[1]

Большинство авторов считают, что под ЛНГ в 75-85% случаев замаскирована «большая тройка»: инфекционные заболевания (35-40%), онкологическая патология (25-30%), диффузные заболевания соединительной ткани (15%). Можно утверждать, что в основе ЛНГ лежат, как правило, обычные заболевания с необычным течением. [2]

Цель: изучить этиологическую структуру, особенности клиники, диагностики и этиотропной терапии ЛНГ у детей.

Задачи:

1. Установить этиологическую структуру ЛНГ у детей.
2. Охарактеризовать клинические и лабораторные показатели у детей с ЛНГ.
3. Оценить ответ на проведенную этиотропную терапию у детей с ЛНГ.

Материал и методы. В исследование вошли 50 пациентов (девочки – 28 (56%), мальчики – 22 (44%) ребенка) в возрасте от 2-х месяцев до 17 лет с направительным диагнозом «ЛНГ» и «Длительный субфебрилитет неустановленной этиологии», находившихся на стационарном лечении в Городской детской инфекционной клинической больнице (ГДИКБ) г. Минска в 2014-2015 гг.

Всем пациентам с ЛНГ проводились общеклинические исследования (общий анализ крови (ОАК), биохимический анализ крови (БАК), общий анализ мочи (ОАМ), анализ мочи и по Нечипоренко, иммунограмма, определение уровня

гормонов щитовидной железы и пр.

Для выявления инфекционной этиологии лихорадки пациентам были выполнены следующие исследования:

- а. бактериологические исследования (посев крови на стерильность, посев мочи на стерильность, кал и мазок из прямой кишки на патогенную кишечную флору, мазок из зева и носа на флору, мазок из зева на дифтерийную палочку);
- б. серологические исследования (кровь методом ИФА на ВЭБ, ЦМВ, ВПГ ½ типа, М. и Сl. Pneumoniae, Лайм-боррелиоз, ВИЧ, энтеровирусную инфекцию, вирусный гепатит В и С, РНГА с сальмонеллезным, иерсиниозным диагностикумом, РП на сифилис);
- в. иммуногистохимические исследования (мазок из носоглотки на респираторную группу вирусов методом РИФ, кал на ротавирусный АГ).

Инструментальные исследования включали: ЭКГ, УЗИ сердца, органов брюшной полости и мочевой системы, щитовидной железы, рентгенография органов грудной клетки и придаточных пазух носа, КТ головного мозга, брюшной полости и грудной клетки, ЭЭГ.

Статистическую обработку данных, полученных в результате исследований, проводили традиционными методами вариационной статистики с использованием программы Statsoft Statistika 10,0.

Результаты и их обсуждение. Большинство детей (35 (70%) были в возрасте от 6 до 17 лет, дети до 1 года составили 22% (11) детей, от 1 года до 5 лет –8% (4 ребенка).

У 40 (80%) пациентов, помимо лихорадки, отмечались и другие симптомы заболевания в виде общеинфекционных проявлений, респираторного синдрома, минимальных диспепсических расстройств и артралгий (рисунок №1).

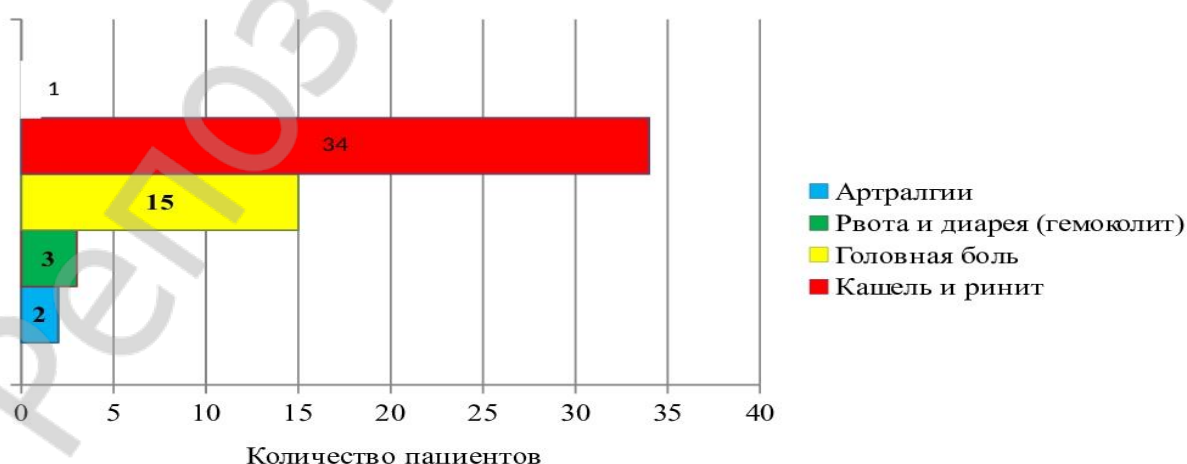


Рисунок 1 - Клинические проявления ЛНГ у обследованных детей

Антибактериальную терапию (АБТ) до поступления в стационар получили 25 (50%) пациентов, в среднем в течение $6 \pm 1,9$ дней, стартовыми препаратами у них были: амоксициллин/клавулановая кислота – 13 (26%), азитромицин – 4 (8%), цефуроксим – 3 (6%), амоксициллин и кларитромицин по 2 (4%) ребенка соответственно, сульфаметоксазол/триметоприм – 1 (2%). У 7 (14%) пациентов было проведено 2 курса АБТ, препаратами резерва у них являлись: азитромицин – 3 (6%), цефтриаксон – 2 (4%), амоксициллин/клавулановая кислота, цефиксим и кларитромицин каждого у 1 (2%) ребенка. У 1 (2%) ребенка этиотропная терапия до госпитализации состояла из 3 курсов АБТ: сульфаметоксазол/триметоприм, амоксициллин/клавулановая кислота и цефуроксим, без эффекта – сохранялась фебрильная лихорадка, после обследования в стационаре ему был выставлен диагноз – о. фаринготрахеит хламидийной этиологии.

В результате тщательного обследования в ГДИКБ у большинства детей – 34 (68%) пациента, – была диагностирована острая респираторная инфекция преимущественно в форме ринофаринготрахеита и бронхита – у 24 (48%) пациентов, а также энтеровирусного везикулярного фарингита – у 2 (4%), очаговой пневмонии неустановленной этиологии, острого бронхита микоплазменной этиологии, острого бронхита и острого фарингита хламидийной этиологии – у 1 (2%) ребенка в каждой нозологии, а также стрептококкового фаринготонзиллита – у 6 (12%) пациентов. У 3 (6%) детей в возрасте 3 и 6 мес с острой кишечной инфекцией в качестве причины был выявлен *St. aureus*, а также *Salmonella Enteritidis* у 1 (2%) ребенка в возрасте 5 лет. Диагноз «Инфекция мочевой системы» (ИМС) был выставлен 3 (6%) пациентам, причем в посеве мочи на флору у них был выявлен рост *E.coli* или *Enterococcus*, или *St.epidermidis*. Инфекционный мононуклеоз (ИМ) ВЭБ-этиологии был диагностирован у 2 (4%) пациентов в возрасте 12 лет (были выявлены в сыворотке крови антитела класса IgM и G к ВЭБ). Другие инфекции: острый синусит и острый двусторонний средний отит были диагностированы у 2 (4%) пациентов. У 2 (4%) детей в возрасте 5 и 11 лет наблюдалась фебрильная лихорадка на фоне проводимой АБТ в течение 8-10 дней. У этих пациентов была диагностирована системная форма ювенильного ревматоидного артрита. Вегетативная дисфункция с нарушением терморегуляции в виде субфебрильной лихорадки была выявлена у 3 (6%) пациентов в возрасте 9 и 13 лет.

Длительность лихорадки у обследованных детей до госпитализации составила в среднем 13,3 (7-21) дня и зависела от этиологии заболевания (рисунок 2).

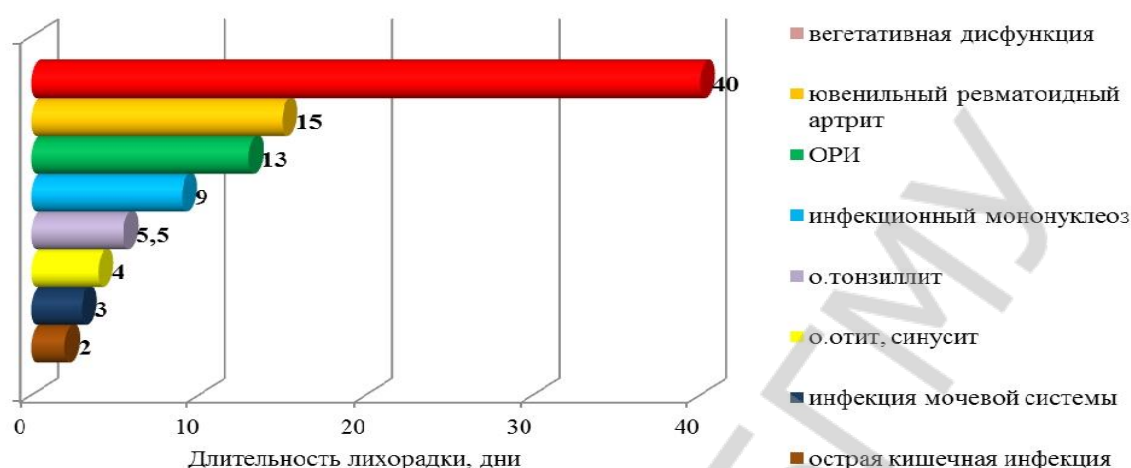


Рисунок 2 - Средняя продолжительность лихорадки у детей с ЛНГ до госпитализации в стационар в зависимости от этиологии

Островоспалительные изменения в крови, в частности, увеличение СОЭ (от 18 до 51 мм/ч) и С-реактивного белка (СРБ) (от 8 до 145 мг/л) были выявлены у 25 (50%) пациентов, при этом эти изменения обнаруживались на 1-й неделе заболевания. Максимальное повышение уровня СОЭ – до 51мм/ч и СРБ – до 145 мг/мл отмечались у пациентов с системной формой ювенильного ревматоидного артрита и острым пиелонефритом. У пациентов со стрептококковым фаринготонзиллитом отмечалось повышение уровня антистрептолизина-О ($267 \pm 15,3$ МЕ/мл).

В условиях стационара АБТ получили 33 (66%) пациента, стартовыми препаратами у них были: цефтриаксон – у 11 (22%), кларитромицин – у 5 (10%), амоксициллин и амоксициллин/клавулановая кислота – у 4 (8%), азитромицин – у 3 (6%), цефуроксим и меропенем – у 2 (4%), цефаклор и спирамицин – у 2 (4%) детей. Смена АБТ была у 4 (8%) пациентов, препаратами резерва у них были: азитромицин – 2 (4%), цефуроксим и метронидазол – у 2 (4%) пациентов. Ответ на АБТ (меропенем и цефтриаксон) не был получен у 2 (4%) пациентов с ювенильным ревматоидным артритом (рисунок 3). Пациенты с вегетативной дисфункцией АБТ в стационаре не получали.

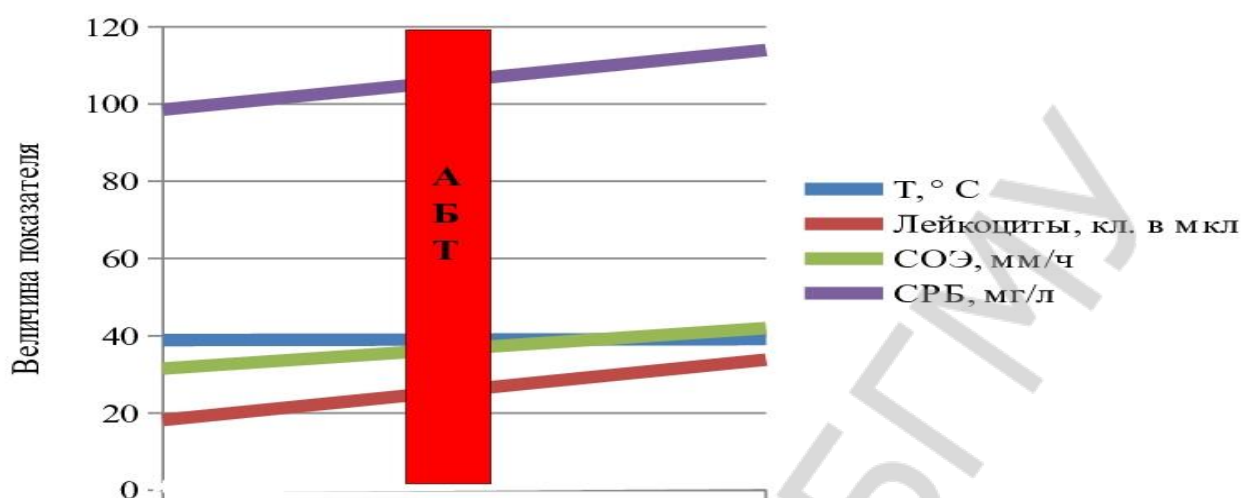


Рисунок 3 - Отсутствие ответа на АБТ в стационаре у 2-х пациентов с системной формой ювенильного ревматоидного артрита

Выводы:

- 1 В этиологической структуре лихорадок у детей ведущее место (90% пациентов) занимают острые инфекционные заболевания.
- 2 Фебрильная лихорадка длительностью более 15 дней, на фоне проводимой АБТ, может быть признаком системного поражения соединительной ткани у детей.
- 3 Субфебрилитет длительностью более 30 дней без признаков инфекционного процесса у подростков может быть проявлением вегетативной дисфункции с нарушением терморегуляции.
- 4 Пациенты с диагнозом «Лихорадка неясного генеза» требуют тщательного обследования для выбора и своевременного начала адекватной этиотропной терапии.

E. S. Poliak, E. N. Zhuk

SYNDROME OF FEVER IN CHILDREN: CURRENT CLINICAL ASPECTS

Tutor assistant O. N. Dounar - Zapolskaya

*Department of children's infectious diseases,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Педиатру о лихорадочных состояниях у детей / И.Н. Захарова, А.Л. Заплатников, Т.М. Творогова и др. // Медицинский совет. - 2016. - № 1. - С. 140-146.
2. Ключарева, А.А. Курс лекций по специальности «Инфекционные болезни»: уч.- метод. пособие / А.А. Ключарева, А.Н. Осирко; Белорусская мед. академия постдипломного образования. – Минск, 2008. - С.158-178.