

Дубовец К.Н.

ДЛИТЕЛЬНЫЙ СУБФЕБРИЛИТЕТ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

*ГУ «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр
Вооруженных Сил Республики Беларусь»*

Резюме: *В статье описаны основные патологические состояния, которые приводят к развитию синдрома субфебрилитета. Освещены основные вопросы дифференциальной диагностики при наиболее распространенных заболеваниях внутренних органов, которые сопровождаются субфебрильной температурой тела. Указаны диагностические критерии для постановки диагноза.*

Ключевые слова: *субфебрилитет, диагностика, дифференциальная диагностика.*

Под длительным субфебрилитетом обычно подразумевают колебания температуры тела в пределах от 37° до 38 °С в течение более 2 недель, нередко в течение многих месяцев и даже лет. Эта единственная жалоба пациента приводит в ряде случаев к психосоциальной дезадаптации.

Наблюдается во всех возрастах, исследования детей школьного возраста позволили установить, что распространенность длительного субфебрилитета составляет до 20 %, среди взрослых длительный субфебрилитет встречается у женщин в 3 раза чаще, чем у мужчин, и пик его частоты приходится на возраст от 20 до 40 лет. В последнее время наблюдается увеличение частоты длительного субфебрилитета как среди взрослого, так и среди детского населения [1,2].

Заболевания, сопровождающиеся субфебрилитетом, чаще всего группируют следующим образом [2,3]:

1. Заболевания, не сопровождающиеся воспалительным сдвигом в крови (лейкоцитоз, СОЭ, уровень фибриногена, С-реактивного белка, прокальцитонина):

- нейроциркулярная астения;
- постинфекционный субфебрилитет;
- предменструальный синдром;
- гипоталамический синдром с нарушением терморегуляции;
- гипертиреоз;
- субфебрилитет неинфекционного происхождения при некоторых внутренних заболеваниях (хроническая железодефицитная анемия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма);
- искусственный субфебрилитет - симуляция, аггравация, нередко на фоне психопатических расстройств личности (например, синдром Мюнхгаузена).

2. Заболевания, сопровождающиеся воспалительными изменениями:

2.1. Инфекционно-воспалительный субфебрилитет:

- малосимптомные очаги хронической неспецифической инфекции:

- урогенитальные;
- бронхогенные;
- эндокринные и др.

- трудно выявляемые формы туберкулеза:

- в мезентериальных лимфатических узлах,
- в бронхопульмональных лимфатических узлах,
- другие внелегочные формы туберкулеза.

- трудно выявляемые формы более редких специфических инфекций:

- некоторые формы бруцеллеза,
- некоторые формы токсоплазмоза,
- некоторые формы инфекционного мононуклеоза, в т.ч. формы, протекающие с гранулематозным гепатитом и некоторые другие.

3. Субфебрилитет иммуновоспалительной природы (обычно речь идет о временно манифестирующих лишь субфебрилитетом заболеваниях с четким иммунным компонентом патогенеза):

- хронический гепатит любой природы;
- воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона и др.);
- системные заболевания соединительной ткани;
- ювенильная форма ревматоидного артрита, болезнь Бехтерева.

4. Субфебрилитет как паранеопластическая реакция:

- на лимфогранулематоз и другие лимфомы (чаще при этом имеет место синдром лихорадки неясного генеза);
- на злокачественные новообразования любой неустановленной локализации (почки, кишечник, гениталии и др.).

Для доказательства достоверности субфебрилитета в течение нескольких дней проводится запись результатов измерения температуры тела через каждые 3 часа, с ночным перерывом, а у женщин - с учетом менструального цикла.

В подозрительных на симуляцию случаях (аггравация) целесообразно измерить температуру тела пациенту в присутствии медицинского персонала, а

также одновременное измерение температуры в обеих подмышечных впадинах с частым подсчетом пульса; измерение температуры одновременно в подмышечной впадине и прямой кишке; измерение температуры до и после получасового быстрого хождения. В настоящее время для дифференциальной диагностики инфекционного и неинфекционного длительного субфебрилитета используются также термопульсометрия и парацетамоловый тест [3,4].

Если субфебрилитет является достоверным фактом и проведена дифференциальная диагностика инфекционного и неинфекционного длительного субфебрилитета, обязательны общий анализ крови, мочи, кала на яйца глистов, анализ крови на белковые фракции, С-реактивный белок; рентгенограмма органов грудной клетки и придаточных пазух носа; электрокардиография; эхография сердца и органов брюшной полости, мочеполовой системы и щитовидной железы; анализ мочи, проба Зимницкого, бактериологический анализ мочи, туберкулиновые пробы; анализ крови на стерильность, анализ толстой капли крови на малярию, анализ на ВИЧ, сифилис.

К критериям неинфекционного субфебрилитета относятся [3]:

- диссоциация между частотой пульса и степенью повышения температуры тела (нормокардия, у детей часто брадикардия);
- отрицательный парацетамоловый тест (при приеме терапевтических доз парацетамола 12 мг/кг на прием в 4 приема с интервалом 2 часа субфебрилитет сохраняется, ЧСС не изменяется);
- отсутствие дефицита массы тела;
- однообразность температурной кривой с суточными колебаниями в пределах $37,2^{\circ}$ - $37,5^{\circ}$, реже 38° С, с монотермией (уменьшение суточных колебаний температуры до $0,3^{\circ}$ - $0,5^{\circ}$, при норме до 1° С), главным образом за счет относительного повышения утренней температуры;
- частые рецидивы длительного субфебрилитета после повторных ОРИ, обострений хронического тонзиллита и других экзогенных факторов; такие рецидивы чаще всего наблюдаются весной и осенью;
- наличие цереброастенического синдрома различной степени выраженности (головная боль, повышенная утомляемость, слабость);
- соматовегетативные расстройства;
- выявление нарушений в диэнцефальной области при исследовании биоэлектрической активности головного мозга.

Латентные воспалительные очаги хронической инфекции в виде хронического тонзиллита, гайморита, хронического холецистита выявляются у людей с длительным субфебрилитетом примерно в 6% наблюдений. Об этиологической роли латентных воспалительных очагов инфекции в генезе длительного субфебрилитета высказывались различные мнения. В последние годы преобладает точка зрения, что латентные очаги инфекции не являются этиологическим фактором длительного субфебрилитета.

Предполагается, что в его патогенезе определяющее значение имеет состояние надсегментарного аппарата вегетативной регуляции, дезинтеграция деятельности которых ведет к формированию вегетативной дисфункции с

нарушением терморегуляции. Резидуально-органическая церебральная недостаточность является предрасполагающим фактором закрепления патологического синдрома.

В настоящее время выяснен дисбаланс, вследствие которого возникает нарушение теплообмена в виде субфебрильной температуры. При нормальной теплопродукции у этих больных снижена теплоотдача, в связи с чем происходит задержка тепла в организме. Об этом свидетельствуют результаты радиационно-конвективной теплопотери с различных участков тела с достоверным снижением плотности тепловых потоков в области нижних конечностей.

Инфекционному агенту отводится роль пускового механизма в перестройке терморегуляции на новый, более высокий уровень [4,5].

Субфебрилитет может быть симптомом предменструального синдрома. Обычно за 7-10 дней до очередной менструации наряду с усилением нервно-вегетативных расстройств отмечается повышение температуры тела. С началом менструации и улучшением общего состояния температура обычно нормализуется.

Стойкая субфебрильная температура нередко наблюдается у женщин в период климакса, который иногда протекает достаточно тяжело и с весьма пестрой клинической картиной - нервно-вегетативными, психоэмоциональными и обменно-эндокринными нарушениями.

В начальной стадии гипертиреоза субфебрильная температура может быть единственным его проявлением и лишь в дальнейшем присоединяются тахикардия, повышенная возбудимость, раздражительность, дрожание пальцев рук, похудание, глазные симптомы и др. Диагноз подтверждается УЗИ щитовидной железы, определением ТТГ и тиреоидных гормонов в крови.

Температура тела при нейроэндокринном генезе субфебрилитета характеризуется асимметричностью при измерении в подмышечных впадинах, парадоксальностью при сравнении ректальной и аксиллярной температуры (в норме температура в прямой кишке на 0,5 °С выше аксиллярной).

Если субфебрилитет сопровождается воспалительным сдвигом в крови, то необходим поиск заболеваний, обуславливающих повышение температуры, а также лабораторно-инструментальные исследования. Особое внимание даже при минимально отягощенном анамнезе следует уделить исключению туберкулеза. Течение заболевания может быть малосимптомным, со слабо выраженными явлениями интоксикации в виде субфебрильной температуры, пониженной работоспособности, потливости, снижения аппетита [3,4].

Субфебрилитет как паранеопластическая реакция может быть единственным клиническим проявлением скрыто протекающего злокачественного новообразования. Поэтому лица среднего и, особенно, пожилого возраста в первую очередь обследуются по так называемой онкологической программе, включающей рентгеноскопию и эндоскопическое исследование ЖКТ, сканирование печени, повторные консультации уролога, гинеколога, внутривенную урографию, УЗИ брюшной полости, а при необходимости - КТ.

У лиц молодого и среднего возраста следует исключить абдоминальную форму лимфогранулематоза, хотя для этих пациентов более характерна изнуряющая высокая лихорадка, чем субфебрилитет.

При длительном субфебрилитете не следует забывать о ВИЧ-инфекции, на фоне которой развиваются и трудно распознаются так называемые оппортунистические инфекции, которые протекают атипично (пневмоцистная пневмония - даже при достаточно массивном поражении легких может проявляться субфебрильной температурой, редким кашлем по утрам); о сифилисе и других венерических заболеваниях.

Длительным субфебрилитетом и воспалительными изменениями в крови проявляются эндокардит и заболевания иммуновоспалительной природы (васкулиты, ревматоидный артрит, хронические заболевания печени и др.) [2,3,4,6].

Основной принцип лечения длительного субфебрилитета, имеющего самостоятельное значение, заключается в устранении функциональных расстройств ЦНС в виде нарушения теплообмена. Такие методы лечения, как психотерапия (гипнотерапия, аутогенная тренировка), иглорефлексотерапия, препараты брома, оказывают положительное влияние на этих пациентов.

При выявлении у пациентов с длительным субфебрилитетом латентных воспалительных очагов хронической инфекции проводится противовоспалительная терапия.

Дополнительно следует проводить лечение астении, вызываемой длительным нарушением теплообмена. При эмоционально-личностных расстройствах включают психотропные средства и методы психологической коррекции.

Помогают нормализации температуры у больных с длительным субфебрилитетом комфортные температурные условия. Холодовой и тепловой дискомфорт не способствует этому, что подтверждается и сезонными проявлениями длительного субфебрилитета - в летние месяцы температура тела у них чаще всего нормализуется.

Лечить пациентов с длительным субфебрилитетом, имеющим самостоятельное значение, следует обязательно, так как тактика «нейтрального» отношения при наблюдении за этими пациентами неверна. Помимо субъективных страданий (головная боль, повышенная слабость, утомляемость и др.), изменение температурного гомеостаза сопровождается нарушением в гипофизарно-надпочечниковой системе, некоторых неспецифических факторов защиты и др., эти пациенты часто болеют острыми респираторными заболеваниями [3,6].

Литература

1. Бова А.А., Трегубов С.Е., Рудой А.С. Лихорадка в практике терапевта (методические рекомендации). Минск: Тирас-Н, 2014. 80с.
2. Брызгунов И.П. Длительные субфебрилитеты у детей (клиника, патогенез, лечение). Москва: ООО «МИА», 2008. 240 с.

3. Ключарева А.А., Оскирко А.Н. Дифференциальная диагностика лихорадок (учебное пособие). Минск: БелМАПО, 2006. 64с.
4. Wright, WF, Mackowiak, PA., Mandell, GL, Bennett, JE, Dolin, R. "Fever of unknown origin". Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. Churchill Livingstone Elsevier. 2014.
5. Cunha BA, Lortholary O, Cunha CB. Fever of unknown origin: a clinical approach. Am J Med 2015; 128:1138.e1.
6. Horowitz HW. Fever of unknown origin or fever of too many origins? N Engl J Med 2013; 368:197.