

Терапевтические аспекты субфебрилитета у гинекологических больных

Проанализированы возможные причины субфебрилитета у больных. Заболевания, сопровождающиеся субфебрильной температурой тела, можно разделить на две большие группы: болезни, не сочетанные с воспалительными изменениями в организме (нейроциркуляторная дистония, постинфекционные реакции, гипоталамический синдром, заболевания эндокринной системы, органические заболевания ЦНС, заболевания внутренних органов, симуляция), и болезни, имеющие воспалительный генез (инфекционно-воспалительные, иммуновоспалительные, паранеопластические). Особое внимание уделено особенностям диагностических критериев субфебрилитета у беременных. Приведены последовательность диагностических мероприятий у пациентов с повышенной температурой тела. Проанализированы и описаны два клинических случая с выявлением причин длительной субфебрильной температуры тела у пациенток гинекологического отделения. Установлено, что при диагностике длительного субфебрилитета у гинекологических больных важную роль играет клинический анализ крови, результаты исследования гормонального профиля и антител к специфическим инфекциям. Характер температурной реакции не имеет диагностического значения, так как антибактериальная терапия с первых дней заболевания искажает ее. Сочетание субфебрилитета с хроническими заболеваниями внутренних органов требует распространенного диагностического поиска с использованием инструментальных методов исследования.

Ключевые слова:

субфебрилитет, этиология, диагностика.

Субфебрилитет — повышение температуры тела в пределах 37,0—37,9 °С, выявляемое постоянно или в какое-либо время суток на протяжении нескольких недель или месяцев [2].

Субфебрилитет обусловлен перестройкой процессов теплообразования и теплоотдачи в организме, что может быть вызвано первичным усилением обмена веществ либо дисфункцией системы терморегуляции или их раздражением пирогенами инфекционной, аллергической или иной природы. При этом возрастание интенсивности обмена веществ в организме проявляется не только лихорадкой, но и усилением функции систем дыхания и кровообращения, в частности учащением пульса, пропорциональным повышению температуры тела.

Клиническое значение субфебрилитета, при известных причинах, ограничивается тем, что его выраженность отражает степень активности заболевания, обуславливающего субфебрилитет. Часто субфебрилитет имеет самостоятельное диагностическое значение, что особенно важно, когда он является единственным объективным симптомом еще нераспознанной патологии, а другие признаки болезни неспецифичны (жалобы на слабость, утомляемость, плохой аппетит и т. д.) или отсутствуют. В этих случаях значительно усложняется предварительный диагностический поиск, т. к. круг заболеваний для дифференциальной диагностики достаточно велик, и особая ответственность ложится на врача, если перед ним беременная [3, 6].



**Ю.А. Манищенко¹,
В.И. Коломиец¹,
В.Н. Кладиев²,
И.В. Баланик²**

¹ ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

² Луганская городская клиническая многопрофильная больница № 1

КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

Манищенко Юлія Олександрівна
к. мед. н., асист. кафедри внутрішньої медицини з основами кардіоревматології

91045, м. Луганськ,
вул. 50-річчя Оборони Луганська, 1
E-mail: yuliam17@rambler.ru

Стаття надійшла до редакції
14 травня 2013 р.

Заболевания, которые сопровождаются субфебрилитетом, можно подразделить на две большие группы.

Болезни, не сопровождающиеся воспалительными изменениями клинического и биохимического анализов крови (скорость оседания эритроцитов, уровень фибриногена, α_2 -глобулинов, С-реактивный белок):

- нейроциркуляторная дистония;
- постинфекционный субфебрилитет;
- гипоталамический синдром с нарушением терморегуляции;
- болезни эндокринной системы (тиреотоксикоз, феохромоцитома);
- органические заболевания ЦНС, в том числе в исходе черепно-мозговой травмы;
- субфебрилитет неинфекционного происхождения при некоторых заболеваниях внутренних органов (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, хроническая железодефицитная анемия);
- артериальный субфебрилитет — симуляция, аггравация, нередко на фоне психопатических расстройств личности (например, синдром Мюнхаузена).

В другую группу можно отнести заболевания, которые сопровождаются воспалительными изменениями.

1. Инфекционно-воспалительный субфебрилитет:
 - малосимптомные очаги хронической неспецифической инфекции (тонзиллогенные, одонтогенные, отогенные, локализованные в носоглотке, урогенитальные, бронхогенные, эндокардиальные, эндокринные и др.);
 - трудновывявляемые формы туберкулеза (в мезентериальных лимфатических узлах, в бронхопупульмональных лимфатических узлах, другие внелегочные формы туберкулеза);
 - трудновывявляемые формы более редких специфических инфекций (некоторые формы бруцеллеза, токсоплазмоза, инфекционного мононуклеоза).
2. Субфебрилитет иммуновоспалительной природы:
 - хронический гепатит любой природы;
 - воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона и др.);
 - системные заболевания соединительной ткани.
3. Субфебрилитет как паранеопластическая реакция:
 - лимфогранулематоз и другие лимфомы (чаще при этом имеет место синдром лихорадки неясного генеза);

— злокачественные новообразования любой неустановленной локализации (почки, кишечник, гениталии и др.).

В практике врача внутренней медицины (терапевт, семейный врач), который наблюдает беременных, может встретиться т. н. субфебрилитет беременных — повышение температуры тела за счет изменения гормонального фона и терморегуляции, как реакции на беременность (чаще данная реакция проявляется в первом триместре беременности). Однако данный диагноз может выставляться только при исключении других факторов, вызывающих повышение температуры [3, 4, 5].

При дифференциальной диагностике субфебрилитета у беременных существенным является доказательство достоверности субфебрилитета. Для этого пациентке рекомендуется вести запись измерений температуры через каждые 3 ч в течение 1—2 нед. В случаях возможной симуляции измерение температуры тела производится в присутствии медицинского персонала (температура измеряется в обеих подмышечных впадинах). Если субфебрилитет является достоверным фактом, а тщательный расспрос, осмотр беременной и результаты стандартных лабораторно-инструментальных методов исследования (общий анализ крови и мочи, УЗИ) не дают возможности выставить диагноз, то следует продолжить поиск в виде дифференциальной диагностики заболеваний неинфекционного генеза.

В практической деятельности врача-гинеколога субфебрильная температура неврогенной природы часто встречается при нейроциркуляторной дистонии (НЦД). Основными клиническими проявлениями НЦД служат лабильность пульса и артериального давления, эмоциональная неустойчивость, гипергидроз. Дистермогенез характеризуется асимметричностью при измерении в подмышечных впадинах, колебанием суточной температуры от 0,2 до 1,6 °С [1, 7].

Диагностический поиск при субфебрилитете у пациенток гинекологического отделения нередко требует дополнительной информации от узких специалистов, таких как эндокринолог, невропатолог, отоларинголог, инфекционист, иногда фтизиатр и онколог.

Следовательно, выявление причин субфебрилитета в некоторых случаях является сложным и трудоемким процессом, предполагающим дополнительные финансовые расходы и вызывающим психоэмоциональную перегрузку пациенток.

Приводим примеры диагностики заболеваний, сопровождающихся субфебрилитетом у больных, которые находились на лечении в гинекологическом отделении Луганской городской клинической многопрофильной больницы № 1.

Больная Г., 19 лет, поступила в гинекологическое отделение 08.11.2012 г. с диагнозом: хронический правосторонний сальпингоофорит в стадии обострения. Лечение противовоспалительными и антибактериальными препаратами способствовало улучшению состояния больной, однако температура тела осталась повышенной (37,2–37,7 °С).

Два месяца назад пациентка перенесла обострение хронического тонзиллита, осложнившегося острым бронхитом. Несмотря на адекватную терапию и выздоровление по поводу основного заболевания, подъемы температуры тела до субфебрильных цифр продолжались. Кроме того, больную беспокоили периодические миалгии в плечах, бедрах и голенях. Затем присоединились малоинтенсивные боли в эпигастральной области, внизу живота и правой поясничной области, в связи с чем больная была госпитализирована в гинекологическое отделение.

При физикальном обследовании больная нормостенического телосложения. На коже тела и лица визуализируются высыпания по типу мелких пустул, постугревые рубцы. Слизистая ротоглотки гиперемирована, миндалины резко гипертрофированы. Дыхание через нос свободное. Нижнечелюстные, затылочные лимфоузлы увеличены. В легких дыхание везикулярное, частота дыхания — 16 в 1 мин. Границы сердца в пределах нормы, сердечная деятельность ритмичная, ЧСС — 76, тоны ясные. Пульс 76 в 1 мин, АД — 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень у края реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный, мочеиспускание свободное, безболезненное. Беспокоят запоры (1 раз в 2–3 дня).

Для диагностики заболевания необходимо провести лабораторно-инструментальные методы исследования. Клинический анализ крови — незначительный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы вправо, СОЭ — 15 мм/ч, общий анализ мочи и анализ мочи по Нечипоренко без патологии. Биохимические показатели в пределах нормы. УЗД — признаки хронического сальпингоофорита, хронического холецистита, дискинезии желчевыводящих путей, признаки аутоиммунного тиреоидита. Антитела к ВИЧ, сифилис не обнаружен.

Анализируя выявленные у больной симптомы, можно выделить полиморфное течение заболевания, сопровождающееся интоксикационным синдромом, а также сниженной иммунной защитой организма.

Для постановки клинического диагноза больной рекомендованы дополнительные методы исследования: определение тиреоидного про-

филя с последующей консультацией эндокринолога, микробиологическое исследование на кишечные инфекции, иммунологическое исследование на системные заболевания соединительной ткани (LE-клетки, ревматоидный фактор) с последующей консультацией ревматолога, возбудители специфических инфекционных заболеваний (антитела к токсоплазме, вирусу Эпштейна—Барр), маркеры вирусных гепатитов. А также инструментальные методы: фиброгастроуденоскопия, обзорная рентгенография ОГК, консультация иммунолога.

Результаты дополнительных методов исследования. Иммунологические исследования профиля щитовидной железы: антитиреопероксидаза — 13,4 МЕ/мл (N — до 35 МЕ/мл), свободный Т4 — 13,38 пмоль/л (N — 12–22 пмоль/л), ТТГ — 3,48 мкМЕ/мл (N — 0,27 — 4,2 мкМЕ/мл). Антитела к токсоплазме — отрицательные. Панель вируса Эпштейна—Барр: IgG к капсидному Ag — 10,026 (N — до 0,9), IgG к ранним белкам — положительные (N — отрицательные), IgG к ядерному Ag — 10,604 (N — до 0,9), IgM к капсидному Ag — 0,296 (N — до 0,9). Маркеры вирусных гепатитов, ревматоидный фактор, LE-клетки — отрицательные. Бактериологическое исследование на группу кишечных инфекций — патологических возбудителей не найдено. Рентгенография ОГК — без очаговых теней, корни структурны, купол диафрагмы четкий, синусы свободные. Консультация эндокринолога — данных об эндокринологической патологии на момент осмотра нет; ЛОР — хронический боковой фарингит, подострое течение.

В период обследования и диагностики заболевания пациентка заразилась ОРВИ с обострением хронического гайморита, что еще раз подтверждает снижение иммунной реакции организма.

В связи с повышенными титрами иммуноглобулинов к вирусу Эпштейна—Барр и подозрением на генерализованную форму хронической активной Эпштейна—Барр-инфекции больная направлена на консультацию к инфекционисту. Инфекционистом диагноз подтвержден и назначено противовирусное и иммуномодулирующее лечение с положительным эффектом.

Таким образом, хроническая вирусная инфекция протекала под маской различных заболеваний, что вызывало трудности в лечении и задерживало полное выздоровление пациентки.

Следующий клинический случай отражает трудности диагностики заболеваний внутренних органов при субфебрилитете.

Больная К., 31 год, поступила в гинекологическое отделение 30.11.2012 г. с жалобами на боли внизу живота, общую слабость, повышение температу-

ры тела до 37,3 °С. Выставлен диагноз: апоплексия правого яичника, болевая форма. Назначено соответствующее лечение. Однако из анамнеза известно, что у больной на протяжении 6 мес была повышена температура тела до субфебрильных цифр, общая слабость, массы тела уменьшилась на 3–4 кг, беспокоили запоры до 4 дней. Впервые повышение температуры тела было зафиксировано около полугода назад. После укуса уличной собаки и вакцинации у пациентки оставалась субфебрильная температура (37,2–37,6 °С). Эти симптомы позволили предположить наличие заболевания органической природы. Пациентка обследована: клинический анализ крови — увеличение СОЭ, анемия I степени, биохимические показатели в пределах нормы. Общий анализ мочи и анализ мочи по Нечипоренко — норма. Антитела к сифилису, ВИЧ — не найдены. IgG, IgM, IgA к микобактерии туберкулеза — отрицательные. Тиреоидная панель — без патологии. Антитела к вирусу Эпштейна—Барр IgG — ++, IgM — отрицательные; простой герпес II тип IgG — +, IgM — отрицательные; *Mycoplasma hominis* IgG — отрицательные; *U. urealyticum* IgG — отрицательные; *Chlamydia trachomatis* IgG — 1 : 8, IgM — отрицательные. Иммунограмма (IP-тест определения основных популяций лимфоцитов человека) — показатели в пределах возрастной нормы.

УЗИ брюшной полости — признаки хронического холецистита, хронического колита. Колоноскопия — аномалия развития толстой кишки (синдром Пайра), хронический колит. СКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства без внутривенного усиления — КТ — признаки хронического холецистита, мочекаменной болезни, остеохондроза нижнегрудного и пояс-

ничного отделов позвоночника, болезни Пайра, косвенные признаки хронического колита.

Консультирована хирургом — врожденная аномалия развития, синдром Пайра, хронический колит, стадия нестойкой ремиссии. Признаки хронической каловой интоксикации. Рекомендовано лечение, включающее диетотерапию, лечебную гимнастику, а также противовоспалительная и дезинтоксикационная терапия. Выписана с улучшением под наблюдение хирурга по месту жительства.

Выводы

1. У больных гинекологического профиля в распознавании сущности лихорадки большую роль имеет картина крови (лейкоцитоз, лейкопения, сдвиг лейкоцитарной формулы, анемия, лейкоцитоз), результаты исследования гормонального профиля и антител к специфическим инфекциям.

2. Субфебрилитет имеет дифференциально-диагностическое значение только в связи с другими патологическими проявлениями.

3. Характер температурной кривой не имеет диагностического значения, так как антибактериальная терапия с первых дней заболевания искажает ее.

4. Сочетание субфебрилитета с хроническим воспалительным процессом (холецистит, панкреатит, колит и др.) требует расширения диагностического поиска с использованием инструментальных методов исследования (эндоскопия, УЗИ, рентгенография, СКТ и др.).

5. Коморбидная патология, которая является причиной формирования субфебрилитета, требует совместной курации пациенток гинекологического профиля с врачом терапевтического профиля — гастроэнтерологом, кардиологом, ревматологом и т. д.

Список литературы

1. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. и др. Заболевание вегетативной нервной системы / Под ред. А.М. Вейна.— М.: «Медицина», 2003.— 624 с.
2. Малая медицинская энциклопедия.— М.: Медицинская энциклопедия, 1996.
3. Российский терапевтический справочник / Под ред. А.Г. Чучина.— М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009.— 880 с.
4. Хэгглен Р. Дифференциальная диагностика внутренних бо-

лезней / Пер. с нем. Н.П. Вельмина и др.; под ред. Е.М. Тареева.— М.: «Миклош», «Инженер», 2009.— 795 с.

5. Шувалова Е.П., Беляева Т.В. Дифференциальная диагностика «упорных субфебрилитетов неясного генеза» — взгляд невролога // Новые СПб врач. ведомости.— 2001.— № 2.— С. 71—73.
6. Mourad O., Palda V., Detsky A.S. A comprehensive evidence-based approach to fever of unknown origin // Arch. Intern. Med.— 2003 Mar.— 10.— Vol. 163 (5)— P. 545—551.
7. Takakazu O. Age and gender differences of psychogenic fever: a review of the Japanese literature // Bio. Psycho. Social. Medicine.— 2008.— N 1 (11)— P. 1751—1759.

Ю.О. Маніщенкова¹, В.І. Коломієць¹, В.М. Кладієв², І.В. Баланік²¹ ДУ «Луганський державний медичний університет»² Луганська міська клінічна багатопрофільна лікарня № 1

Терапевтичні аспекти субфебрилітету в гінекологічних хворих

Проаналізовано можливі причини субфебрилітету у хворих. Захворювання, котрі супроводжуються субфебрильною температурою тіла, можна розподілити на дві великі групи: хвороби, не поєднані із запальними змінами в організмі (нейроциркуляторна дистонія, постінфекційні реакції, гіпоталамічний синдром, захворювання ендокринної системи, органічні захворювання ЦНС, захворювання внутрішніх органів, симуляція), та хвороби, які мають запальний генез (інфекційно-запальні, імунзапальні, паранеопластичні). Особливу увагу приділено особливостям діагностичних критеріїв субфебрилітету у вагітних. Наведено послідовність діагностичних заходів у пацієнтів із підвищеною температурою тіла. Проаналізовано та описано два клінічних випадки з виявленням причин тривалої субфебрильної температури тіла в пацієток гінекологічного відділення. Встановлено, що при діагностиці тривалого субфебрилітету в гінекологічних хворих важливу роль відіграє клінічний аналіз крові, результати дослідження гормонального профілю та антитіл до специфічних інфекцій. Характер температурної реакції не має діагностичного значення, тому що антибактеріальна терапія з перших днів захворювання викривляє її. Поєднання субфебрилітету із хронічними захворюваннями внутрішніх органів потребує поширеного діагностичного пошуку з використанням інструментальних методів дослідження.

Ключові слова: субфебрилітет, етіологія, діагностика.

Yu.A. Manischenkova¹, V.I. Kolomiets¹, V.N. Kladiev², I.V. Balanik²¹ GI «Lugansk State Medical University»² Lugansk City Multidisciplinary Clinical Hospital N 1

Therapeutic aspects of low-grade fever in gynecological patients

The analysis has been performed for the possible reasons of subfebrility in patients. The diseases, accompanied with low-grade fever, can be divided into two groups: diseases, not associated with inflammatory changes in the body (neurocirculatory dystonia, postinfectious reaction hypothalamic syndrome, endocrine system diseases, organic diseases of the central nervous system, diseases of the internal organs, simulation) and diseases of inflammatory etiology (infectious-inflammatory, immune inflammatory, paraneoplastic). Particular attention is paid to the specific diagnostic criteria of subfebrility in pregnant women. The sequence of diagnostic measures in patients with fever has been presented; moreover the authors performed the analysis and gave description of two clinical cases with identification of the causes of prolonged low-grade fever in patients in the gynecological department. It has been established that complete blood count, results of hormonal profile and antibodies to specific infections play an important role in the diagnosis of the prolonged subfebrility in gynecological patients. The nature of the temperature reaction has no diagnostic value, because antibiotic therapy since the early days of the disease distorts it. The conjunction of subfebrility with chronic diseases of internal organs requires the extended diagnostic search with the use of instrumental methods.

Key words: low-grade fever, etiology, diagnosis.