**федеральное Государственное БЮДЖЕТНОЕ образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» МинистерствА здравоохранениЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра поликлинической терапии С КУРСОМ ИДПО**

УТВЕРЖДАЮ

зав.каф.поликлинической

терапии с курсом ИДПО

 д.м.н., профессор Волевач Л.В.

«30» ноября 2016 г.

**Методические указания для студентов**

по самостоятельной аудиторной работе

по дисциплине Поликлиническая терапия

**«Затяжной субфебрилитет и лихорадочный синдром в практике терапевта поликлиники»**

**Лечебный факультет**

Дисциплина поликлиническая терапия

Специальность 31.05.01. –лечебное дело

Курс 5 Семестр IX

Отделение очное

Уфа – 2016 г.

Тема:«Затяжной субфебрилитет и лихорадочный синдром в практике терапевта поликлиники» в соответствии с ФГОС ВО (2016), рабочей программы дисциплины поликлиническая терапия, утвержденной в 2016г. ректором Павловым В.Н.

Авторы: проф. Крюкова А.Я., проф. Низамутдинова Р.С.,

проф. Сахаутдинова Г.М., доц. Тувалева Л.С.,

доц. Курамшина О.А., доц. Габбасова Л.В.

Рецензенты: д.м.н., профессор Мирсаева Г.Х.

Утверждено на заседании кафедры, протокол № 4 от 30.11.2016 г.

**«Затяжной субфебрилитет и лихорадочный синдром в практике терапевта поликлиники»**

**1. Актуальность темы:** Субфебрилите́т (лат. sub под, немного + febris [лихорадка](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/16927))

повышение температуры тела в пределах 37—37,9°, выявляемое постоянно или в какое-либо время суток на протяжении нескольких недель либо месяцев, иногда лет. Длительность существования С. отличает его [от](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/21531) кратковременно наблюдаемой при острых заболеваниях субфебрильной лихорадки ([Лихорадка](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/16927/%D0%9B%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B0)).

Как и любая лихорадка, С. обусловлен перенастройкой процессов теплообразования и теплоотдачи в организме, что может быть вызвано первичным усилением обмена веществ либо дисфункцией центров терморегуляции ([Терморегуляция](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/30951/%D0%A2%D0%B5%D1%80%D0%BC%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%B3%D1%83%D0%BB%D1%8F%D1%86%D0%B8%D1%8F)) или их раздражением пирогенными субстанциями 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 (см. [Пульс](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/25614/%D0%9F%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%81)).

Клиническое значение С. в случаях, когда известны его причины, ограничивается тем, что выраженность С. отражает степень активности обусловливающего его заболевания. Однако С. часто имеет самостоятельное диагностическое значение, что особенно важно, когда он является практически единственным объективным симптомом еще не распознанной патологии, а объективные признаки болезни неспецифичны (жалобы на слабость, [утомляемость](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/32239), плохой [аппетит](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/2940) и т.д.) или отсутствуют. В подобных случаях перед врачом стоит одна из наиболее сложных диагностических задач, т.к. круг заболеваний для дифференциальной диагностики достаточно велик и включает среди прочих прогностически тяжелые заболевания, обязательно требующие их исключения или как можно более ранней диагностики. Поэтому даже у кажущихся практически здоровыми молодых лиц недопустимо без должного обследования сразу ориентироваться на функциональную природу С. (расстройства терморегуляции) и ограничивать по этой причине объем необходимых диагностических обследований.

При обследовании больного с неясным С. необходимо иметь в виду, что в его основе чаще лежит [заболевание](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/11932) одной из следующих 5 групп: 1) хронические болезни инфекционной этиологии, в т.ч. туберкулез ([Туберкулёз](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/31821/%D0%A2%D1%83%D0%B1%D0%B5%D1%80%D0%BA%D1%83%D0%BB)), бруцеллез ([Бруцеллёз](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/5335/%D0%91%D1%80%D1%83%D1%86%D0%B5%D0%BB%D0%BB)), инфекционный [Эндокардит](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/35692/%D0%AD%D0%BD%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B4%D0%B8%D1%82) и другие формы хронического [Сепсис](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/27903/%D0%A1%D0%B5%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%81)а (при ослабленной иммунореактивности), хронические [тонзиллит](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/31270) ([Тонзиллит хронический](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/31277/%D0%A2%D0%BE%D0%BD%D0%B7%D0%B8%D0%BB%D0%BB%D0%B8%D1%82)), [синусит](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/28935) (см. [Придаточные пазухи носа](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/24801/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%B4%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B5)), [Пиелонефрит](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/23272/%D0%9F%D0%B8%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%BD%D0%B5%D1%84%D1%80%D0%B8%D1%82), аднексит (см. [Сальпингоофорит](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/27454/%D0%A1%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BF%D0%B8%D0%BD%D0%B3%D0%BE%D0%BE%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%82)) и любая другая очаговая хроническая [инфекция](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/12883); 2) болезни с иммунопатологической (аллергической) основой, в т.ч. [Ревматизм](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/26412/%D0%A0%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B7%D0%BC), Ревматоидный артрит и другие [Диффузные заболевания соединительной ткани](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/11195/%D0%94%D0%B8%D1%84%D1%84%D1%83%D0%B7%D0%BD%D1%8B%D0%B5), Саркоидоз, васкулиты ([Васкулиты кожи](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/6012/%D0%92%D0%B0%D1%81%D0%BA%D1%83%D0%BB%D0%B8%D1%82%D1%8B)), [Постинфарктный синдром](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/24458/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%B0%D1%80%D0%BA%D1%82%D0%BD%D1%8B%D0%B9), Язвенный неспецифический колит, [Лекарственная аллергия](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/16356/%D0%9B%D0%B5%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F); 3) злокачественные новообразования, в частности [аденокарцинома](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/1526) почки (см. [Почки](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/22130/%D0%9F%D0%BE%D1%87%D0%BA%D0%B8)), злокачественные лимфомы (см. [Лимфогранулематоз](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/16616/%D0%9B%D0%B8%D0%BC%D1%84%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%83%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B7), Лимфосаркомы, [Парапротеинемические гемобластозы](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/22538/%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%B5%D0%B8%D0%BD%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5) и др.), [гепатома](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/8109), Лейкозы; 4) болезни эндокринной системы, особенно сопровождающиеся возрастанием интенсивности обмена веществ, прежде всего [Тиреотоксикоз](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/31088/%D0%A2%D0%B8%D1%80%D0%B5%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BA%D1%81%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B7), патологический [климакс](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/14468) (см. [Климактерический синдром](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/14470/%D0%9A%D0%BB%D0%B8%D0%BC%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9)), [феохромоцитома](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/32720) (см. [Хромаффинома](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/33943/%D0%A5%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%84%D1%84%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B0)); 5) органические заболевания ц.н.с., в том числе в исходе черепно-мозговой [травмы](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/31344) ([Черепно-мозговая травма](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/34480/%D0%A7%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BF%D0%BD%D0%BE-%D0%BC%D0%BE%D0%B7%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%8F)) или нейроинфекции (особенно осложненные гипоталамическими синдромами ([Гипоталамические синдромы](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/8871/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D1%82%D0%B0%D0%BB%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5))), а также функциональные расстройства деятельности центров терморегуляции при неврозах и наблюдаемые иногда в течение нескольких месяцев после перенесенных тяжелых, в частности инфекционных (особенно вирусных), заболеваний. Связь С. с воздействием на температурный [центр](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/34129) эндогенных пирогенных веществ отмечается только при заболеваниях, относящихся к первым трем из перечисленных групп патологии.

Последовательность диагностических исследований при неясном С. определяется характером жалоб больного, данными анамнеза (перенесенное инфекционное заболевание, контакт с больным туберкулезом, отклонения в менструальном цикле и т.д.) и результатами первичного обследования больного, позволяющими предположить возможные причины субфебрилитета. Если появление С. четко связано с перенесенным острым заболеванием инфекционной этиологии, то в первую очередь исключают затяжное его течение или переход в хроническую форму (например, пневмонии) либо [осложнение](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/21329) воспалительными процессами той же этиологии или вследствие вторичной бактериальной инфекции на фоне вирусной (в т.ч. [обострение](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/20676) имевшихся очагов хронической инфекции). В случаях, когда между острым инфекционным заболеванием (например, ангиной) и появлением С. обнаруживается интервал в 2—3 нед., исключают [ревматизм](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/26412), васкулиты и другие заболевания, возникающие вследствие сенсибилизации организма инфекционными аллергенами или продуктами [повреждения](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/23870) тканей в острой фазе инфекционного заболевания. Лишь после тщательного исключения связи С. с текущим инфекционным или аллергическим процессом можно предположить функциональное расстройство терморегуляции в результате перенесенного острого (обычно вирусного) заболевания, но и в этих случаях необходимо наблюдение за динамикой состояния больного в течение 6—12 мес., за которые С. такого генеза обычно исчезает.

В тех случаях, когда [анализ](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/2270) обстоятельств возникновения С. не дает оснований для предпочтения определенных направлений диагностики, [обследование больного](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/20694) целесообразно провести по нескольким направлениям в последовательности, предполагающей постепенное ограничение числа дифференцируемых причин С. и возможность конкретизации плана обследования в зависимости от получаемых результатов. На первом этапе обследования необходимо убедиться в истинности С., определить его [характер](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/33544) и исключить связь с лекарственной аллергией у больных, уже получающих без достаточных обоснований [лекарственные средства](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/16360), особенно [антибиотики](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/2682). Термометрию ([Термометрия](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/30948/%D0%A2%D0%B5%D1%80%D0%BC%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%8F)) проводят проверенным градусником каждые 3 ч в течение 2 дней подряд на фоне отмены всех лекарственных средств. Если не исключена возможность симуляции (у истерических психопатов, призывников в армию и т.п.), о которой следует подумать в случаях, когда С., особенно высокий, не сочетается с учащением пульса, температуру измеряют в присутствии медперсонала. У лиц с лекарственной аллергией уже в первые 2 дня после отмены лекарственных средств С. в большинстве случаев значительно уменьшается или исчезает. По данным проведенной термометрии оценивают С. как низкий или высокий и определяют суточные колебания температуры тела с преимущественным ее повышением утром, днем или вечером, без связи или в связи с приемом пищи, физическою нагрузкой, эмоциями. Высокий С. возможен при системных инфекционных процессах (туберкулез, бактериальный [эндокардит](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/35692) и др.), наличии гнойных очагов хронической инфекции, обострении диффузных заболеваний соединительной ткани, лимфопролиферативных заболеваниях (особенно при лимфогранулематозе), аденокарциноме почки, выраженном тиреотоксикозе. Суточные колебания температуры свыше 1° наиболее характерны для инфекционных процессов (особенно при максимальных значениях температуры в вечерние часы), но возможны и при других формах патологии, однако чем меньше диапазон суточных колебаний температуры, тем меньше вероятность инфекционной этиологии С. Следует учитывать также, что С., особенно высокий, обычно намного легче переносится больными с неинфекционной природой лихорадки, чем инфекционной, а С. при туберкулезе часто переносится легче, чем при неспецифических бактериальных инфекциях.

Термометрию дополняют данными внимательного осмотра всего тела больного и подробного обследования (см. [Обследование больного](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/20694/%D0%9E%D0%B1%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5)), что может способствовать конкретизации дальнейших диагностических исследований. При осмотре кожи и слизистых оболочек могут быть обнаружены признаки [анемии](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/2535) (при опухолях, септических состояниях), желтушность (при холангите, гемолитической анемии, некоторых опухолях), [пигментация](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/23260) (при недостаточности надпочечников у больных туберкулезом), аллергическая [сыпь](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/30446), пурпура при васкулите, [глоссит](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/9198), хейлит и [стоматит](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/30123) при кандидамикозе, изменения миндалин при обострении хронического тонзиллита, увеличение щитовидной железы и т.д. Необходимо тщательно пальпировать все группы лимфатических узлов, увеличение которых возможно при туберкулезе, саркоидозе, лимфогранулематозе и других вариантах злокачественной лимфомы, метастазах опухолей и т.д. [Пальпация](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/22232) внутренних органов может дать основания к целенаправленному исключению аденокарциномы почки, пиелонефрита (увеличение почки, [болезненность](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/4885)), болезней крови (увеличение селезенки), внутрибрюшных опухолей. При перкуссии легких особое [внимание](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/6518) уделяют изменениям перкуторного звука [над](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/19773) верхушками и корнями легких, [выслушивание](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/6901) их проводят по сегментам и обязательно непосредственно над диафрагмой по всему ее периметру. При аускультации сердца имеют в виду возможность выявления признаков миокардита (приглушение сердечных тонов, нарушения ритма), эндокардита (появление сердечных шумов) и обязательно оценивают соответствие темпа сердечных сокращений высоте лихорадки. Особое внимание уделяют состоянию вегетативных функций и характеру выявляемых отклонений. Так, сочетание выраженной тахикардии, систолической артериальной гипертензии, обильной подмышечной потливости, тремора кистей (обычно теплых и влажных) даже при отсутствии глазных симптомов тиреотоксикоза обязывают его исключить (в крови исследуют концентрацию трийодтиронина и тироксина). Сходные симптомы при умеренной тахикардии, холодных кистях и стопах, выраженных кожных вазомоторных реакциях более характерны для нейрогенной вегетативной дисфункции и вегетативной дисфункции, развивающейся при патологическом климаксе. Диагностическое значение имеет и выявление сегментарной потливости, например ночной потливости затылочной части головы, шеи и верхней половины туловища (характерна для инфекционного процесса в легких, например хронической пневмонии), потливости поясничной области (при пиелонефрите), резкой потливости ладоней (при нейрогенной вегетативной дисфункции).

Независимо от результатов первичного обследования больного во всех случаях проводят клинические анализы крови и мочи, рентгенографию грудной клетки, пробу Манту, электрокардиографию, а при появлении в связи с первичным обследованием какой-либо диагностической версии назначают соответствующие специальные исследования (урологическое, гинекологическое и т.д.), необходимость которых на этом этапе обследования может потребовать госпитализации больного. Если результаты проведенных исследований недостаточны для суждения о возможной природе С. даже в категориях общей патологии (является он инфекционным, аллергическим или иным), то следующий этап диагностики включает проведение амидопириновой (пирамидоновой) пробы, одновременное измерение температуры тела в обеих подмышечных впадинах и в прямой кишке (так называемая [термометрия](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/30948) в трех точках), исследование в крови так называемых белков острой фазы воспаления (α2 и γ-rлoбулины, С-реактивный протеин и др.). В условиях стационара лабораторные исследования крови могут быть значительно шире и включать так называемые ревматические пробы, исследование ферментов (например, альдолазы, щелочной [фосфатазы](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/33132)), парапротеинов, фетопротеина, фракций Т- и В-лимфоцитов, титра антител к различным аллергенам и др.

Амидопириновая проба основана на свойстве жаропонижающих средств, в частности амидопирина, подавлять влияние на температурный центр эндогенных пирогенных веществ, в то время как на лихорадку, обусловленную иными причинами (например, при тиреотоксикозе, нейрогенной вегетативной дисфункции), они не влияют. Проба проводится в течение 3 дней в условиях одинакового режима питания и физической активности. Температуру тела измеряют в течение дня каждый час с 6 до 18 ч, не используя в первый и третий дни никаких лекарственных средств, а в течение второго дня — на фоне приема 0,5% раствора амидопирина, который в 6 ч утра принимают в дозе 60 мл, а затем каждый час (одновременно с измерением температуры) по 20 мл (всего 300 мл или 1,5 г амидопирина в день). Исчезновение С. в день приема амидопирина (положительная проба) свидетельствует о наибольшей вероятности инфекционной этиологии лихорадки, хотя при этом не исключаются аденокарцинома почки, [лимфогранулематоз](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/16616) и другие неинфекционные заболевания, при которых образуются эндогенные [пирогены](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/23407). Положительная [амидопириновая проба](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/2158) при отсутствии диагностической версии требует привлечения к участию в диагностическом процессе разных специалистов, в т.ч. фтизиатра, инфекциониста, оториноларинголога, стоматолога, уролога, гинеколога, гематолога: нередко необходим их [консилиум](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/14859). При отрицательной амидопириновой пробе круг дифференцируемых заболеваний на этом этапе обследования ограничивают неинфекционной патологией, исключая прежде всего [опухоли](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/274), тиреотоксикоз и аллергические заболевания.

Заключение о связи С. с первичным расстройством терморегуляции обосновывается как исключением других его причин, так и наличием хотя бы 2 из следующих 5 признаков: заболевание или [травма](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/31342) ц.н.с. в анамнезе: наличие других проявлений вегетативной дисфункции (особенно соответствующих гипоталамическому синдрому); связь повышения температуры тела с приемом пищи, физической и эмоциональной нагрузками; патологические результаты измерения температуры в трех точках — [асимметрия](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/3196) в подмышечных впадинах (разница более 0,3°) и тенденция к подмышечноректальной изотермии (разница менее 0,5°); значительное уменьшение или исчезновение С. на фоне применения сибазона (диазепама, седуксена).

Лечение собственно субфебрилитета (применение жаропонижающих средств) противопоказано. Во всех случаях проводится [лечение](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/16487) только основного заболевания или лежащего в основе С. патологического процесса (например, воспаления). В случаях, когда С. обусловлен первичными расстройствами терморегуляции и представляется одним из ведущих проявлений вегетативной дисфункции, в комплексную терапию целесообразно включать воздушные [ванны](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/5984) и водные закаливающие процедуры (см. [Закаливание](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/11979/%D0%97%D0%B0%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5)), начиная с применения воды комнатной температуры короткими (до 1 мин) сеансами (риск простуды у больных с С. повышен!), которые постепенно удлиняют и очень постепенно на (1—2° в нед.) снижают температуру воды. Больные должны одеваться так, чтобы исключить [перегревание](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/22919) тела с появлением потливости при ходьбе и в транспорте. [Одежда](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/20757), особенно нижнее белье, по возможности не должна содержать синтетических материалов.

**ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА**  
Лихорадка неясного генеза — повышение температуры тела выше 38,3 °С как минимум 4 раза в течение 14 дней вследствие недиагностируемого заболевания.  
**Возможные причины**  
• Инфекционные и бактериальные заболевания  
• Абсцессы брюшной полости   
• Микобактериальные инфекции   
• Цитомегаловирус   
• Синуситы  
• ВИЧ-инфекция   
• Эндо- и перикардиты   
• Инфекции почек и мочевыводящих путей   
• Остеомиелиты   
• Инфекции, обусловленные длительно функционирующими катетерами  
• Амёбный гепатит   
• Раневые инфекции  
• Новообразования  
• Липома  
• Лейкоз  
• Солидные опухоли (гипернефрома)   
• Гепатома   
• Миксома предсердия   
• Рак толстой кишки  
• Коллагенозно-сосудистые заболевания  
• Гигантоклеточный артериит   
• Узелковый периартериит   
• Ревматоидная лихорадка   
• СКВ   
• Ревматоидный артрит   
• Ревматоидная полимиалгия  
• Другие причины   
• Гранулематозы   
• Эмболия лёгочной артерии  
• Приём лекарственных препаратов   
• Расстройства терморегуляции  
• Эндокринные заболевания  
• Факторы окружающей среды   
• Периодическая лихорадка   
• Нарушение мозгового кровообращения  
• Алкогольный гепатит.

**Клиническая картина**

• Повышение температуры тела -не единственное проявление заболевания  
• Тип и характер лихорадки обычно малоинформативны  
• Симптомы, сопутствующие повышению температуры тела, — головные и мышечные боли, общее недомогание.

**Лабораторные исследования**

• Общий и биохимический анализы крови(возможны лейкопения, анемия, тромбоцитопения или тромбоцитоз; повышение концентрации СРБ; увеличение СОЭ)  
• Функциональные тесты печени (особенно на ЩФ) указывают на воспаление, обструкцию или инфильтративные поражения органа  
• Бактериальный посев крови. Проводят несколько посевов венозной крови (не более 6) на наличие возможной бактериемии или септицемии  
• Общий анализ и бактериальный посев мочи.

**Специальные исследования**

• Комплексное обследование больного на туберкулёз  
• При энергической или острой инфекции туберкулиновый кожный тест практически всегда отрицателен (его следует повторить через 2 нед.)   
• Бактериальный посев мочи, мокроты и промывных вод желудка для выявления возбудителя туберкулёза  
• Серологические исследования проводят при инфекциях, вызванных вирусами Эпштейна-Барра, гепатитов, цитомегаловирусом, возбудителями сифилиса, лаймоборрелиоза, Q-лихорадки, амебиаза и кокцидиоидомикоза. Обязательно тестирование на ВИЧ-инфекцию  
• Электрофорез белков сыворотки при подозрении на патологию иммунной системы  
• Исследование функций щитовидной железы при подозрении на тиреоидит  
• Определение РФ и антиядерных AT при подозрении на коллагенозы и сосудистую патологию  
• Рентгенография органов грудной клетки, брюшной полости, придаточных пазух носа (по клиническим показаниям)  
• КТ/МРТ брюшной полости и таза, радиоизотопное сканирование (в сочетании с прямой биопсией по показаниям) при подозрении на инфекционный процесс и объёмное образование  
• УЗИ брюшной полости и тазовых органов (в сочетании с биопсией по показаниям) при подозрении на объёмное образование, обструктивные заболевания почек или патологию жёлчного пузыря и желчевыводящих путей  
• Эхокардиография при подозрении на поражение клапанов, миксому предсердий, перикардиальный выпот.  
Диагностические процедуры  
• Пункция костного мозга при подозрении на гранулематоз, злокачественные новообразования  
• Биопсия печени при подозрении на гранулематоз  
• Биопсия височной артерии при подозрении на Гигантоклеточный артериит  
• Биопсия лимфатических узлов, мышц и кожи (по показаниям)  
• Если проведённые диагностические процедуры оказались малоинформативными, проводят диагностическую лапаротомию.

**Лечение:**

**Тактика ведения**

• Необходимо установить причину лихорадки с применением всех возможных методов.  
• Если этиология лихорадки остаётся неясной, повторяют сбор анамнеза, физикальный осмотр, скрининговые лабораторные исследования. Особое внимание следует уделить предшествующим туристическим поездкам, половым контактам, эндемичным факторам, воздействию ранее принятых ЛС  
• При повышении температуры тела увеличивают количество потребляемой жидкости.  
Лекарственная терапия. Препараты выбора назначают в зависимости от основного заболевания. Если причина лихорадки не установлена (у 20%), можно назначить следующие ЛС  
• Жаропонижающие средства (парацетамол или аспирин  
[ацетилсалициловая кислота]). Аспирин не назначают детям, т.к. возможно развитие синдрома Рея  
• Другие ингибиторы простагландин синтетазы (индометацин или напроксен)  
• Глюкокортикоиды (пробно). После применения глюкокортикоидов возможен рецидив или активация недиагностированных заболеваний (например, туберкулёза)  
• Антибиотики (пробно, на основании данных анамнеза).

**Течение и прогноз**

• Зависят от этиологии и возраста  
• Уровень одногодичной выживаемости составляет: 91 % для лиц младше 35 лет, 82% для лиц в возрасте 35-64 года и 67% возраст для лиц старше 64 лет.

**Возрастные особенности**

• Дети и подростки. Наиболее частые возможные причины — коллагенозно-сосудистые заболевания, инфекционные процессы, воспалительные заболевания кишечника  
• Пожилые   
• Возможные причины — острый лейкоз, болезнь Ходжкина, внутрибрюшные инфекции, туберкулёз и артериит височной артерии   
• Признаки и симптомы менее специфичны  
• Сопутствующие заболевания и приём различных препаратов могут маскировать лихорадку  
• Уровень смертности выше, чем в остальных возрастных группах.  
Беременность. Повышение температуры тела увеличивает риск развития дефектов формирования нервной трубки плода, вызывает преждевременные роды.  
См. также [Артериит гигантоклеточный](http://diseases.academic.ru/84/%D0%90%D1%80%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B8%D1%82_%D0%B3%D0%B8%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%BE%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B9). Артрит ювенильный хронический, ВИЧ-инфекция и СПИД, Волчанка системная красная, Гепатома, Гранулематоз Вегенера, Инфекция цитомегаловирусная, Эндокардит инфекционный

**МКБ** R50 Лихорадка неясного происхождения

**2. Учебные цели:** овладение врачебными навыками ранней диагностики, проведения ВТЭ, назначения индивидуализированного лечения больных с затяжным субфебрилитетом в усло­виях поликлиники.

Для формирования профессиональных компетенций студент должен **знать**:

* факторы риска заболеваний внутренних органов;
* этиологию патогенез, современную классификацию;
* методику сбора жалоб, анамнеза заболевания, объективного доследова­ния больного;
* интерпретацию результатов лабораторно-инструментальных методов ис­следования;
* принципы ВТЭ;
* средства этиотропной, патогенетической, симптоматической медикаментозной и немедикаментозной терапии;
* особенности клинических проявлений и лечения заболевания у больных разных возрастных групп и при сочетанной патологии;
* принципы реабилитации больных с заболеваниями внутренних органов;
* методы первичной, вторичной третичной профилактики.

**Для формирования профессиональных компетенций студент должен уметь:**

* провести раннюю диагностику затяжного субфебрилитета;
* дифференцировать его с другими заболеваниями, имеющими сход­ную симптоматику;
* назначить план дополнительного обследования;
* оценить результаты клинических и лабораторно-инструментальных ис­следований;
* сформулировать диагноз в соответствии с современной классификацией;
* осуществить своевременную госпитализацию больного;
* назначить больному индвидуализированное лечение;
* провести экспертизу нетрудоспособности;
* назначить комплекс профилактических мероприятий с применением ме­дикаментозных и немедикаментозных методов лечения;
* проводить мероприятия по первичной, вторичной профилактике затяжного субфебрилитета.

**Для формирования профессиональных компетенций студент должен владеть:**

* методами общеклинического обследования**,**
* интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,
* владеть методами оказания неотложной догоспитальной медицинской помощи,
* алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением к соответствующему врачу-специалисту,
* алгоритмом развернутого клинического диагноза,
* основами ведения медицинской документации
* основами медицинской, физической, психологической и социальной реабилитации.

**3. Необходимые базисные знания и умения:**

-анатомо-физиологические особенности органов и систем

-методика исследования

-возрастные особенности

**4. Вид занятия:** практическое занятие

**5. Продолжительность занятия**: 6 академических часов

**6. Оснащение кабинета:** таблицы, плакаты, диапроектор, альбомы по фармакотерапии, наборы результатов термометрии.

**7. Структура занятия**

7.1. этап – организационный. Демонстрация преподавателем. Проверка готовности к занятию.

7.2.контроль исходного уровня знаний студентов с применением тестов.

7.3. ознакомление студентов с содержанием занятий. Изложение узловых методик практических приёмов по данной теме.

7.4. самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя.

7.5. разбор проведённой курации, выполнение лабораторных и исследований.

7.6. контроль усвоения студентами темы занятия с применением тестовых заданий, ситуационных задач и других видов контроля

**Литeрaтурa:**

**Основная:**

1. Поликлиническая терапия: учебник для студентов медицинских вузов, рек. УМО мед. и фармац. вузов РФ / А. Я. Крюкова [и др.]; под ред. А. Я. Крюковой ; МЗ и соц. развития РФ, Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: Гилем, 2009. - 325 с.
2. Поликлиническая терапия: учебник/ Г. И. Сторожаков, И. И. Чукаева, А. А. Александров. - 2-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013-640 с.
3. Поликлиническая терапия: учебное пособие/М.В. Зюзенков (и др.); под редакцией М.В. Зюзенкова. –Минск: Высшая школа, 2012. – 608 с.
4. Поликлиническая терапия: учебник /под ред И.Л. Давыдкина, Ю.В. Щукина. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 688 с.

**Дополнительная:**

1. Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов: учебное пособие для студентов, обучающихся по спец. «Лечебное дело»/ ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России; сост. А. Я. Крюкова [и др.]. - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2015 - 2015Ч. 1: учебное пособие/ сост. А. Я. Крюкова [и др.]. - 2015. - 82 с.

2.Гастроэнтерология в поликлинической практике: уч.пособие для студентов / Сост.: А.Я. Крюкова, О.А. Курамшина, Л.С. Тувалева, Л.В. Габбасова, Р.С. Низамутдинова, Г.М. Сахаутдинова; под ред.проф. А.Я. Крюковой. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 149с.

3. Кардиология : национальное руководство / под ред. Е. В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 800 с.

4.Кардиология в поликлинической практике: уч.пособие для студентов / Сост.: А.Я. Крюкова, Г.М. Сахаутдинова, Ю.А. Кофанова, Р.С. Низамутдинова, Л.С. Тувалева, О.А. Курамшина, Л.В. Габбасова; под ред.проф. А.Я. Крюковой. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 139с.

5. Клинические рекомендации. Внебольничная пневмония у взрослых. - М.: Атмосфера, **2014.** - 200 c.

6.  Вирусные болезни человека: монография/ Ю. В. Лобзин [и др.]. - СПб.: СпецЛит, 2015. – 398с.

7.Пульмонология в поликлинической практике: уч.пособие для студентов / Сост.: А.Я. Крюкова, Р.С. Низамутдинова, Е.А. Никитина, О.А. Курамшина, Л.С. Тувалева, Л.В. Габбасова; под ред.проф. А.Я. Крюковой. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 154с.

8.Роль образовательных программ для пациентов в условиях модернизации профилактического направления здравоохранения: уч.пособие для студентов / Сост.: А.Я. Крюкова, Р.С. Низамутдинова, Г.М. Сахаутдинова, О.А. Курамшина, Л.С. Тувалева, Л.В. Габбасова, Ю.А. Кофанова; под ред.проф. А.Я. Крюковой. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 203с.

9.Фитотерапия в амбулаторно-поликлинической практике: уч.пособие для студентов / Сост.: Крюкова А.Я., Кудашкина Н.В., Пупыкина К.А., Сахаутдинова Г.М., Низамутдинова Р.С., Хасанова С.Р., Тувалева Л.С., Курамшина О.А., Фархутдинов Р.Г., Кофанова Ю.А., Габбасова Л.В.; под ред.проф. А.Я. Крюковой. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 115с.