



**Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования**

**«Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького»**

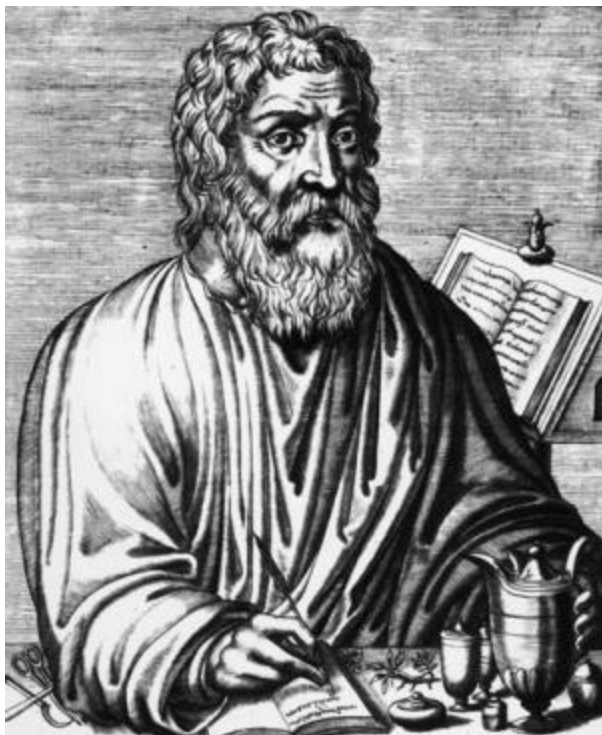
**Институт неотложной и восстановительной хирургии
им. В.К. Гусака**

Кафедра педиатрии № 3

***Редкие виды гипертермии
в практике педиатра
(с разбором клинических случаев)***

**д.мед.н. Дубовая А.В., доц. Тонких Н.А.,
доц. Бордюгова Е.В.**

**г. Донецк,
10 декабря 2020г.**



**Дайте мне лихорадку,
и я вылечу любую болезнь**

Гиппократ



**У человечества есть
три страшных врага:
лихорадка,
голод и война...**

Уильям Ослер

Актуальность проблемы

- в течение первых двух лет жизни у ребенка отмечается обычно 4-6 эпизодов повышения температуры тела;
- дети с лихорадкой составляют 35% всех амбулаторных обращений в педиатрии и 20% всех пациентов детских отделений неотложной помощи в мире.

Jeffrey R. Avner, 2006, Moises Auron, 2009, Ann Van den Bruel et al., 2010



НОРМАЛЬНАЯ АКСИЛЛЯРНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА У РЕБЕНКА:

до 37,2°C

В настоящее время, согласно данным Американской академии педиатрии, температура тела у ребенка считается повышенной, если она превышает 37,2°C при аксиллярном измерении или 38,0°C при ректальном измерении.

Лихорадка – повышение температуры тела в результате неспецифической защитно-приспособительной реакции организма, характеризующейся перестройкой процессов терморегуляции и возникающей в ответ на воздействие патогенных раздражителей.

Биологическое значение лихорадки

- активизация иммунологической защиты организма:
- повышение фагоцитоза
- увеличение синтеза интерферонов
- активация и дифференцировка лимфоцитов
- стимуляция антителогенеза
- препятствие размножению вирусов и др. микроорганизмов



«Лучшее лекарство от лихорадки – сама лихорадка»

(Асклепиад, I столетие до н.э.)

ПРИЧИНЫ ЛИХОРАДОК У ДЕТЕЙ

ИНФЕКЦИОННЫЕ

- ✦ БАКТЕРИИ
- ✦ ВИРУСЫ
- ✦ РИККЕТСИИ
- ✦ МИКОПЛАЗМЫ
- ✦ ХЛАМИДИИ
- ✦ ГРИБЫ
- ✦ ПРОСТЕЙШИЕ

ВЫРАБАТЫВАЮТ
ЭКЗОГЕННЫЕ ПИРОГЕНЫ
ИЛИ СПОСОБСТВУЮТ
ВЫРАБОТКЕ ОРГАНИЗМОМ
ЭНДОГЕННЫХ ПИРОГЕНОВ

НЕИНФЕКЦИОННЫЕ

- ✦ ПАТОЛОГИЯ ЦНС (ТРАВМЫ,
КРОВОИЗЛИЯНИЯ)
- ✦ ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ
- ✦ ЭНДОКРИНОПАТИИ
(ГИПЕРТИРЕОЗ,
ФЕОХРОМАЦИТОМА)
- ✦ РЕФЛЕКТОРНЫЕ ФАКТОРЫ
(ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ,
МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНИ)
- ✦ РЕЗОРБЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ
(СДАВЛЕНИЕ, НЕКРОЗЫ,
ГЕМОЛИЗ)
- ✦ МЕДИКАМЕНТЫ (КОФЕИН,
ЭФЕДРИН,
ГИПЕРОСМОЛЯРНЫЕ
РАСТВОРЫ)

Клинические варианты лихорадки

Степени повышения температуры:

- Субфебрильная – 37,2°C-38,0°C
- Низкая фебрильная – 38,1°C-39,0°C
- Высокая фебрильная – 39,1°C-40,1°C
- Гипертермическая – свыше 41°C

Продолжение лихорадочного периода:

- Эфемерная – от нескольких часов до нескольких дней
- Острая – до 15 дней
- Подострая – до 45 дней
- Хроническая – свыше 45 дней

Алгоритм диагностического поиска при лихорадке у детей:

- анализ крови,
- мочи,
- острофазовые показатели (СРБ),
- бак.посев крови,
- прокальцитонин,
- АНА,
- Rö-графия ОГК, р. Манту,
- ЭКГ, ЭХОКГ,
- УЗИ-исследование придаточных пазух носа; органов брюшной полости, почек и др.

Редкие виды гипертермии:

Инфекционные
заболевания

✓ геморрагические
лихорадки,
✓ клещевые
пятнистые лихорадки

Неинфекционные
заболевания

✓ синдром
Маршалла

Наследственные
заболевания

✓ периодическая
болезнь,
✓ злокачественная
гипертермия

*Богадельников И.В., 2009,
Гафарова М.Т., 2004, Майданник В.Г. 2002*

Синдром периодической лихорадки, афтозного стоматита, фарингита и шейного лимфаденита (PFAPA) – синдром Маршалла

Впервые описал в 1987 г. французский врач G.S. Marshall.

Этиология: Аутоиммунный механизм развития? Герпес-вирусы?

Семейные случаи синдрома не описаны.

Национальных или расовых особенностей синдром не имеет.

Синдром Маршалла

Диагностические критерии:

1. Дебют заболевания – до 5 лет.
2. Периодические эпизоды (3-5 дней) фебрильной лихорадки (до 39,5°-40,5° С) с регулярными интервалами (3-7 недель). Применение жаропонижающих дает кратковременный эффект. Эффективны глюкокортикостероиды.
3. Шейный лимфаденит (у 88% пациентов): шейные лимфоузлы увеличиваются до 4–5 см, при пальпации они тестоватые, слегка чувствительны.
4. Афтозный стоматит (33-70%): афты чаще всего бывают единичными, что затрудняет их выявление.

Синдром Маршалла

Диагностические критерии:

5. Тонзиллит (фарингит) – 70-77%: после окончания эпизода лихорадки изменения миндалин регрессируют.
6. Маркеры острого воспалительного процесса во время эпизода фебрильной лихорадки:
 - лейкоцитоз (11–15 Г/л),
 - повышение СОЭ (до 30-40 мм/час),
 - повышение уровня С-реактивного белка (до 100 мг/л).
7. Умеренное повышение уровня IgA (до 300 мг/л).
8. Полное отсутствие симптомов между фебрильными эпизодами.
9. Нормальный рост и развитие ребенка.

Синдром Маршалла

Лечение:

- парацетамол, ибупрофен, колхицин – не дают стойкого положительного эффекта;
- тонзиллэктомия: противоречивые данные об эффективности (от 17% до 77% пациентов);
- циметидин (блокатор гистаминовых H₂-рецепторов) – данные противоречивы;
- преднизолон 2 мг/кг однократно или в течение 2-3 дней в уменьшающейся дозе приводит к быстрой нормализации температуры, хотя и не предотвращает рецидивы.

Клинический пример 1

Лев Р., 3,5 лет

Жалобы на периодические эпизоды (3-5 дней) фебрильной лихорадки (до 39,5⁰-40,5⁰С), возникающие внезапно на фоне полного благополучия. Действие жаропонижающих средств сохранялось 2-3 часа с недостаточным эффектом (снижение температуры до 38,0⁰-38,5⁰С).

Получал бетаметазон с выраженным положительным эффектом.

Лев Р., 3,5 лет

Клинический пример 1

Впервые заболел в возрасте 11 месяцев (декабрь 2005г.) – острая респираторная инфекция с гипертермией до 39°C, синдромом бронхиальной обструкции, который был купирован ингаляцией β 2-агонистов (сальбутамол).

В последующем отмечались частые ОРИ с фебрилитетом до 5-7 дней, повторный эпизод бронхиальной обструкции на фоне ОРИ, рецидивирующие бактериальные инфекции: острый этмоидит, острый двусторонний средний гнойный отит.

Клинический пример 1

Лев Р., 3,5 лет

В ходе проведенного обследования была исключена гематологическая и эндокринная патология, паразитарная инвазия, туберкулёз. .

Стойкий фебрилитет сохранялся несмотря на проводимое антибактериальное лечение, применение антипиретиков.

Температура нормализовалась после приема бетаметазона в дозе 1 мг/кг.

Лев Р., 3,5 лет

Клинический пример 1

Высказано предположение о наличии у ребенка синдрома Маршалла.

В 5-летнем возрасте мальчику проведена ТОНЗИЛЭКТОМИЯ.

В течение 5 лет последующего динамического наблюдения повторных эпизодов лихорадки не отмечается, мальчик переносит ОРИ 1-2 раза в год в легкой форме.

Павел З., 13 лет

Жалобы на длительный фебрилитет до 39,4°C в вечернее время, головную боль на фоне повышения температуры тела, частую боль в горле.

Впервые повышение температуры тела в течение длительного времени отмечалось в 2010 году. В мае 2013 года находился на стационарном лечении в отделении детской кардиологии и кардиохирургии ИНВХ им. В.К. Гусака НАМН Украины с диагнозом: Термоневроз. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани: сколиоз грудного отдела позвоночника позвоночника, диспластический рост зубов, гипермобильность суставов. Хронический компенсированный тонзиллит.

Павел З., 13 лет

Клинический пример 2

В ходе проведенного обследования были исключены:

- внутриклеточная инфекция,
- патология щитовидной железы,
- гематологические заболевания,
- туб. инфицирование,
- ревматические заболевания.

Последнее ухудшение состояния в сентябре 2013 года, когда после перенесенного ОРЗ у ребенка продолжала повышаться температура тела до фебрильных цифр без катаральных явлений. Эффект от приема жаропонижающих препаратов незначительный.

Павел З., 13 лет

Клинический пример 2

ОБЪЕКТИВНО: Самочувствие нарушено. Общее состояние средней степени тяжести. Астенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы обычного цвета. Видимые слизистые бледно-розовой окраски. Небные миндалины рыхлые. Задняя стенка глотки по типу «булыжной мостовой». Подчелюстные лимфоузлы увеличены до 1,3 см, мягко-эластической консистенции. Обращает внимание диспластический рост зубов, сколиоз грудного отдела позвоночника, гипермобильность суставов. Перкуторно над лёгкими легочной звук. В легких - дыхание везикулярное, ЧД-20 в мин. Деятельность сердца ритмичная. Тоны ясные, короткий систолический шум в 1,5 точке. ЧСС – 92 уд/ мин, АД– 120/80 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул регулярный, мочеиспускание не нарушено.

Павел З., 13 лет

Клинический пример 2

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Ан. крови общ. от 09.10.13: эр.- 4,0 Т/л, Нв- 150 г/л, ЦП-1,1, Л.- 4,5 Г/л, п.-3, с.-55, л.-37, м.- 4, э.-1, СОЭ - 2 мм/час.

Глюкоза крови – 4,87 ммоль/л.

Ан. мочи общ.: уд.вес-1010, р-ция кислая, белка, сахара нет, л.-1-2 в п/зр., эпит. - ед. в п/зр.

Яйца глистов, остриц, простейшие не обнаружены.

Билирубин – 14,8 ммоль/л, прямой – 3,5 ммоль/л, не прямой – 11,3 ммоль/л. АсТ – 0,3, АлТ – 0,26. Остаточный азот – 1,7 ммоль/л, мочевины – 3,6 ммоль/л, креатинин – 0,058 ммоль/л.

СРБ – 2 мг/кг, серомукоид – 0,14 у.е.

Анализ температурной кривой – термоасимметрия.

Павел З., 13 лет

Клинический пример 2

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

С целью дифференциальной диагностики получил преднизолон 1-2 мг/кг, отмечался положительный эффект с нормализацией температуры тела.

МРТ головного мозга: очаговых и объемных изменений на момент исследования не выявлено. МР признаки снижения кровотока по левой ПА.

МРТ шейного отдела позвоночника: без патологии.

Консультирован отоларингологом: рекомендована тонзиллэктомия.

Диагноз: синдром Маршалла.

Рекомендовано: тонзиллэктомия в плановом порядке.

Выводы:

1. Лихорадка – один из самых частых и важнейших клинических симптомов различных заболеваний детского возраста.
2. Редкие виды гипертермии являются самостоятельными нозологическими единицами.
3. Исход лихорадки в первую очередь зависит от своевременности диагностики и адекватности лечебных мероприятий.

Болезнь не может приспособливаться
к знаниям врача.

Парацельс



Благодарим Вас за внимание!