ОРИГИНАЛНИ СТАТИИ
ORIGINAL ARTICLES

КЛИНИЧНИ, ЛАБОРАТОРНИ И ДИАГНОСТИЧНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ПАЦИЕНТИ С ФЕБРИЛЕН СИНДРОМ

М. Баймакова[1], К. Плочев[1], Г. Попов[1], Р. Михайлова[1] и В. Ковальова[2]

[1]Клиника по инфекциозни болести, МБАЛ, ВМА – София

[2]Научно-приложен център за военна епидемиология и хигиена, ВМА – София

CLINICAL, LABORATORY AND DIAGNOSTIC FEATURES OF PATIENTS WITH FEBRILE SYNDROME

M. Baymakova[1], K. Plochev[1], G. Popov[1], R. Mihaylova[1] and V. Kovaleva[2]

[1]Clinic of Infectious Diseases, Military Medical Academy – Sofia

[2]Science and Application Center of Military Epidemiology and Hygiene, Military Medical Academy – Sofia

Резюме:

По-голяма част от фебрилните състояния са самоограничаващи се, краткотрайни и не изискват специфична диагностика и лечение. Други са сериозни заболявания, с голяма продължителност и трудни за диагностициране. С настоящия труд се акцентира върху проблематиката, свързана с пациентите с фебрилен синдром. Целта е да се анализират клиничните, лабораторни и диагностични параметри на пациенти с неясно фебрилно състояние и пациенти със субфебрилна температура. Представени са 10 пациенти, хоспитализирани в Клиниката по инфекциозни болести на МБАЛ – София към ВМА, насочени за диагностично уточняване по повод фебрилен синдром. Използвани са следните методи: библиографски, клинични, диагностични и метод на сравнението. Въз основа на характеристиките на фебрилното заболяване болните са разделени на две групи: пациенти с неясно фебрилно състояние и пациенти със субфебрилна температура. Съпоставени са данни от анамнезата, прегледа, болничното наблюдение и диагностичното изследване. Разглежданите две групи имат общи черти от анамнезата, но обективната находка от физикален преглед и диагностични изследвания показват различия. При групата на субфебрилните пациенти се отчитат 40% на нозологично неуточнени случаи в сравнение с болните с неясно фебрилно състояние (0%). Но и при двете групи броят на пациентите с неидентифициран етиологичен причинител е еднакъв (80%). Прави впечатление наличието на една и съща причина за фебрилния синдром при представители от двете групи.

Ключови думи: неясно фебрилно състояние, субфебрилна температура, инфекция

Адрес за кореспонденция: *Д-р Магдалена Баймакова, Клиника по инфекциозни болести, ВМА, ул. „Св. Г. Софийски" № 3, 1606 София, GSM: 0898 767594, e-mail: dr.baymakova@gmail.com*

Summary:

Most episodes of febrile conditions are self-limiting, short-lived and do not require specific diagnostic investigation and treatment, but other groups are serious, long persistent and difficult to be diagnosed diseases. This work was focused on patients with febrile syndrome. The aim was to analyze the clinical, laboratory and diagnostic features of patients with fever of unknown origin and

patients with low-grade fever. We present 10 patients with febrile syndrome who were hospitalized at the Clinic of Infectious Diseases, Military Medical Academy-Sofia. The following methods were used: bibliographic, clinical, diagnostic and comparison methods. Based on the characteristics of febrile illness, the patients were divided into two groups: patients with fever of unknown origin and patients with low-grade fever. Data of history, physical examination, hospital monitoring and diagnostic investigations were compared. These two groups have common lines in the history, but the objective findings of the physical examination and diagnostic tests have shown differences. The nosological entity was not identified in 40% of the cases with low-grade fever, in comparison with the group with fever of unknown origin (0%), but the number of cases with an indefinable etiologic agent in both groups was the same (80%). The presence of the same cause of the febrile syndrome in the cases of both groups is rather impressive.

Key words: fever of unknown origin, low-grade fever, infection

Address for correspondence: *Magdalena Baymakova, M. D., Clinic of Infectious Diseases, Military Medical Academy, 3, Sv. G. Sofiyski St., Bg – 1606 Sofia, GSM: +359 898 767594, e-mail: dr.baymakova@gmail.com*

ВЪВЕДЕНИЕ

Фебрилитетът съпътства човечеството още от дълбока древност. От времената на античния свят треската се асоциира с болест [11], с наличието на инфекция. Повечето епизоди на фебрилно състояние са самоограничаващи се, краткотрайни и не изискват специфична диагностика и лечение. Други са сериозни заболявания, продължаващи дълго време, трудни за диагностициране [1, 5, 12]. При тях е необходим комплексен и задълбочен подход за постигане на положителен резултат и благоприятен изход.

През 1961 г. Petersdorf и Beeson дефинират критериите за неясно фебрилно състояние (НФС) в първото проспективно проучване на 100 пациенти [14]:

- продължителност на заболяването поне 3 седмици;
- фебрилитет над 38.3^{o} C в няколко измервания;
- причината остава неуточнена след едноседмичен престой в болница.

През 1991 г. Durrack и Street предлагат две промени към тези критерии и разделяне на пациентите с НФС на 4 типа: класическо НФС, нозокомиално НФС, НФС при неутропения и HIV свързано НФС [8, 9]. Характеристики на класическото НФС (модифицирани критерии на *Petersdorf* и *Beeson*) са [8, 9]:

- температура ≥ 38.3^{o} C в няколко измервания;
- продължителност ≥ 3 седмици;
- диагнозата остава неясна след проведен активен диагностичен процес по време на тридневен престой в болница или 3 извънболнични посещения.

С представения труд се акцентира върху проблематиката, свързана с пациентите с фебрилен синдром. **Целта** е да се анализират клиничните, лабораторни и диагностични параметри на пациенти с неясно фебрилно състояние и пациенти със субфебрилна температура.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Използвани са следните методи:

- *Библиографски метод* – използвана е специализирана литература по разглежданата тематика и интернет портали за търсене на научна информация.
- *Клинични методи* – анамнестични данни, физикално изследване, клинично наблюдение.
- *Диагностични методи* – лабораторни изследвания, микробиологични, паразитологични, серологични, имунологични изследвания и образни методи на диагностика.
- *Сравнителен метод* – съпоставяне промените в характеристиките на пациенти с неясно фебрилно състояние и пациенти със субфебрилна температура.

Представени са пациенти, хоспитализирани в Клиниката по инфекциозни болести на МБАЛ – София към ВМА, за периода 01.12.2011-31.05.2012 г., насочени за диагностично уточняване по повод фебрилен синдром. Това са 10 пациенти, от които 6 мъже и 4 жени, с обща средна възраст 37,7 години (22-70). Въз основа на характеристиките на фебрилитета болните

са разделени на две групи: с неясно фебрилно състояние и със субфебрилна температура. Критерии за включване в първата група са модифицираните критерии на Petersdorf и Beeson за класическо НФС. Пациентите от втората група са болни с продължително температурно състояние в границите на субфебрилната температура (до 38°C) [4].

По време на престоя в Клиниката на всеки пациент е извършвана термометрия (по утвърден стандарт на Клиниката по инфекциозни болести) четирикратно на ден с дигитален термометър в аксиларната област и извънредни измервания в случай на усещане за треска от страна на пациента. Всички болни преди хоспитализацията са изследвани и лекувани в амбулаторни условия без резултат за поставяне на диагноза и без положителен ефект върху клиничното състояние. Всички пациенти са щателно разпитани и прегледани за търсене на ключов елемент от анамнезата и находка от статуса, които да помогнат в диагностичното търсене. Извършен е пълен панел лабораторни изследвания: пълна кръвна картина с диференциално броене, общо изследване на урина, разширени биохимични изследвания, хемостазни показатели, микробиологични и паразитологични култури, серология за търсене на конкретен причинител на базата на анамнестични, клинични и параклинични данни. На част от пациентите са извършени образни изследвания, като рентген на бял дроб, синуси и зъби, ултразвукова диагностика на коремни органи и ехокардиография, ултразвук на торакс, компютърна томография. При необходимост от допълнително диагностично уточняване са проведени и специфични имунологични изследвания (*T-cell Interferon-gamma – IFN-γ, release assays*, клетъчен и хуморален имунитет, туморни маркери, автоантитела, AST и RF).

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Характеристика на пациентите с неясно фебрилно състояние (първа група)

Това са трима мъже и две жени със средна възраст 48,2 години. Болничният престой е в диапазона от 6 до 22 дни, среден брой леглодни – 12. Анамнестичните и физикалните данни са представени на табл. 1.

Фебрилитетът при пациентите е в границите от 38.3°C до 39.4°C. Характеризира се с пикови стойности във вечерните часове (2/5), следобяд (1/5), два пика сутрин и следобед (1/5), няма зависимост (1/5). Покачването на температурата не се асоциира с усещане за студенина, тръпки или втрисане (5/5), спадането ù се последва от обилно изпотяване (4/5).

Продължителността на общия фебрилен период, включващ времето преди хоспитализацията и периода на престой в болницата, са в широки граници от 30 до 200 дни, средна стойност 80 дни. Насочваща епидемиологична анамнеза липсва.

Таблица 1. Анамнеза и статус на пациенти с неясно фебрилно състояние

Пациент	*Анамнеза*	*Статус*
Пациент 1 Мъж (37 г.)	– фебрилен синдром – астеноадинамичен синдром – консумативен синдром – безапетитие	– хепатомегалия – обрив (дискретен дребен макулозен обрив, силно сърбящ по гърба и горните крайници)
Пациент 2 Жена (52 г.)	– фебрилен синдром – астеноадинамичен синдром – болков синдром (в дясна гръдна половина, дясна раменна става)	– везикуларно дишане, отслабено в дясна белодробна основа – хепатомегалия
Пациент 3 Мъж (70 г.)	– фебрилен синдром – астеноадинамичен синдром – смущения при уриниране	– лимфен възел ½ cm вляво супраклавикуларно – твърд, неболезнен, несраснал с подлежащата кожа
Пациент 4 Жена (25 г.)	– фебрилен синдром – астеноадинамичен синдром	– без патологична находка
Пациент 5 Мъж (57 г.)	– фебрилен синдром – астеноадинамичен синдром – консумативен синдром – болков синдром (гръдния кош, паравертебрално) – смущения при уриниране	– без патологична находка

Водещи клинични синдроми са фебрилен и астеноадинамичен при всички пациенти (5/5), болков синдром (2/5), консумативен (2/5), смущения при уриниране (1/5), обривен (1/5). От физикалния преглед се откриват отклонения в аускултаторната находка (1/5), лимфаденомегалия (1/5), хепатомегалия (2/5), обрив (1/5).

Резултатите от лабораторните изследвания са отразени таблично (табл. 2.1 и табл. 2.2).

Таблица 2.1. Лабораторни показатели при пациенти с неясно фебрилно състояние

Пациент №	*Резултати*					
	$Leu_{average}$ [3,5-10,5x10^9/L]	*$Hb_{average}$**	*$Er_{average}$***	*$Fibrinogen_{average}$ [2-4 g/l]*	*$ESR_{average}$****	*$CRP_{average}$ [0.0-5.0 mg/l]*
Пациент 1	8,37	136	4,85	2,9	11	5,6
Пациент 2	2,58	113,5	3,9	4,5	43	10,4
Пациент 3	11,5	86	3,98	11,4	139	271,4
Пациент 4	9,4	132	4,22	3,8	16	1,7
Пациент 5	14,8	122	3,84	11,34	127,5	186,25
Average	*9,33*	*117,9*	*4,16*	*6,78*	*67,3*	*95,07*

*Мъже [130-180 g/L]; Жени [120-160 g/L]

**Мъже [4,6-6,2x10^{12}/L]; Жени [4,2-5,4x10^{12}/L]

***Мъже до 50 г. – до 18 mm/h; Мъже над 50 г. – до 22 mm/h; Жени до 50 г. – до 25 mm/h; Жени над 50 г. – до 30 mm/h.

Таблица 2.2. Лабораторни показатели при пациенти с неясно фебрилно състояние

Пациент №	*Резултати*					
	$AST_{average}$ [5-40 U/L]	*$ALT_{average}$ [5-40 U/L]*	*$GGT_{average}$ [10-50 U/L]*	*$AP_{average}$ [64-300 U/L]*	*$LDH_{average}$ [208-378 U/L]*	*$Ferritin_{average}$ [10-300 µg/l]*
Пациент 1	114,6	220,3	184	248,5	1139	–
Пациент 2	13,5	9,5	19	124	1050	91
Пациент 3	27	33	676	1555	665	1289,5
Пациент 4	20	12	24	158	345	–
Пациент 5	22,5	61,5	157,5	407,5	441	860
Average	*39,52*	*67,26*	*212,5*	*498,6*	*728*	*746,83*

От параклиничните данни се откриват следните отклонения: анемия (2/5), левкоцитоза (2/5), ускорена СУЕ (3/5), повишени стойности на холестазните ензими (3/5), като при един от тях те са в комбинация с повишени цитолизни ензими (1/5). Извън референтни стойности са следните показатели: С-реактивен протеин (4/5), фибриноген (3/5), лактатдехидрогеназа (4/5), феритин (2/3).

В резултат на обширните изследвания и консултации диагнозата при тази група пациенти е следната:

– *Пациент 1* – параклинични и серологични данни за EBV инфекция със засягане на черен дроб.

– *Пациент 2* – с придружаващо заболяване серопозитивен ревматоиден артрит на поддържаща цитостатична терапия. Пневмония в десния долен белодробен дял с инкапсулиран плеврален излив (възпалителен с преобладаване на лимфоцитите), етиологично неидентифициран причинител. На етапа на хоспитализацията е изключен специфичен процес (туберкулоза) чрез микробиологични, културални и хистологични способи. От серологичното изследване – данни за прекарана в миналото Ку-треска.

– *Пациент 3* – състояние след хемиколектомия по повод умерено диференциран аденокарцином на дебелото черво G2, pT3, N0, Mx една година преди началото на фебрилния синдром, наложил хоспитализацията в КИБ на МБАЛ – София към ВМА. Изключена инфекциозна генеза на състоянието. След дехоспитализацията чрез инвазивни способи (ексцизия на лимфен възел и стернална пункция) е поставена диагноза болест на Ходжкин.

– *Пациент 4* – отключващ стресов момент, изказано съмнение за тревожно разстройство, назначена терапия с антидепресанти. Установена е локална инфекция на зъбите (хроничен възпалителен процес), което наложи наблюдение и лечение от лицево-челюстен хирург.

– *Пациент 5* – изключена инфекциозна генеза на състоянието. С диагноза *Periarteritis nodosa (PAN)* е насочен към Клиника по ревматология за лечение и наблюдение.

Причините за НФС можем да групираме в общоприетите 5 групи, а именно [3, 8, 12]:

- ***инфекции***: EBV; плевропневмония с излив; хроничен възпалителен процес на зъбите.
- ***неоплазми***: Болест на Ходжкин.
- ***съединителнотъканни и колагенози***: *Periarteritis nodosa (PAN)*.
- ***разнородни***: няма.
- ***недиагностицирани***: няма.

Получените от нас данни съответстват на литературната справка. От представените 5 пациенти само един попада в специфична субгрупа, това е категорията на по-възрастните пациенти (над 65-годишна възраст) [10, 15-17]. При тях болестта на Ходжкин е сред водещите причини за НФС в групата на малигнените заболявания [10, 15]. Според *Burke A. Cunha* [7] ключови елементи, насочващи към този вид нарушения, са лимфаденопатия, левкоцитоза, силно повишена СУЕ (над 100 mm/h), феритин, алкална фосфатаза и др. Тези показатели се откриват и при един от нашите болни (*Пациент 3*).

Periarteritis nodosa (PAN) е сред редките причини за НФС от групата на колагенозите [6]. Ключовите елементи, насочващи към тази патология, се откриват при *Пациент 5*, а именно: гръбна болка, еозинофилия, повишена СУЕ (над 100 mm/h), феритин, алкална фосфатаза.

EBV инфекция е сред по-редките причини за НФС от групата на инфекциите [6]. Показатели, насочващи към тази патология, като хепатоспленомегалия, лимфоцитоза, повишени цитолизни ензими, се наблюдават при *Пациент 1.*

Характеристика на пациентите със субфебрилна температура (втора група)

Тази група е представена от 5 пациенти (трима мъже и две жени) на средна възраст 27,2 години. Болничният престой е в рамките от 3 дни до 11 дни, среден брой леглодни 7,2. Анамнестичните и физикалните данни са представени на табл. 3.

Таблица 3. Анамнеза и статус на пациенти със субфебрилна температура

Пациент	*Анамнеза*	*Статус*
Пациент 6 Мъж (25 г.)	– субфебрилна температура – изпотяване – астеноадинамичен синдром – уморяемост	– хиперемия на гърлото
Пациент 7 Мъж (26 г.)	– субфебрилна температура – астеноадинамичен синдром – уморяемост – болка и оток в синусите – консумативен синдром	– без патологична находка
Пациент 8 Жена (22 г.)	– субфебрилна температура – изпотяване – ангинозен синдром в началото на заболяването, последван от кашлица – болков синдром (в гръбначния стълб) – усещане за болест, топлина – свързва оплакванията с проведена спинална анестезия	Неврологичен статус: – ласег (+) – ПЛП – усещане за умора и болка в гръбнака – СНР – оживени, липсват патологични – дискоординационните проби извършва неубедително – Ромберг – усещане за нестабилност
Пациент 9 Мъж (33 г.)	– субфебрилна температура – астеноадинамичен синдром	– без патологична находка – суспектни данни за увеличен лимфен възел в дясна средна предна трета по хода на m. sternocleidomastoideus
Пациент 10 Жена (30 г.)	– субфебрилна температура – нощно изпотяване – астеноадинамичен синдром – уморяемост – сърцебиене – усещане за горещина, топлина	– хиперемирани небни дъги – увеличен лимфен възел в дясна ингвинална област

ПЛП – проба за латентни парези

СНР – сухожилно-надкостни рефлекси

Температурното състояние се характеризира с голяма продължителност в диапазона от 1 месец до 1 година (от 30 до 365 дни), средна стойност 5,6 месеца, или 169 дни. Субфебрилните стойности на температурата са без характерна зависимост от часовия интервал. При всички петима болни водещи в оплакванията са адинамия, слабост, уморяемост, безсилие, обща апатия и отчаяние. При един има и оплаквания от сърцебиене и нощни изпотявания. Въпреки продължителното заболяване само при един пациент се съобщава за консумативен синдром.

От физикалния преглед не се откриват значими отклонения: хиперемия на гърлото (2/5), неубедителни данни за лекостепенна лимфаденопатия (2/5), отклонения в неврологичния статус (1/5).

Резултатите от лабораторните изследвания са отразени таблично (табл. 4.1 и табл. 4.2).

Таблица 4.1. Лабораторни показатели при пациенти със субфебрилна температура

Пациент №	*Резултати*					
	$Leu_{average}$ [3,5-10,5x10^9/L]	*$Hb_{average}$**	*$Er_{average}$***	*$Fibrinogen_{average}$ [2-4 g/l]*	*$ESR_{average}$****	*$CRP_{average}$ [0.0-5.0 mg/l]*
Пациент 6	9,25	115,5	4,4	–	99,5	181,5
Пациент 7	7	153	4,8	5,5	25	17,15
Пациент 8	7,6	109	5,0	–	12	1,0
Пациент 9	8,19	157	4,9	3,07	2,5	0,3
Пациент 10	4,95	129	4,1	2,8	4	2,5
Average	*7,40*	*132,7*	*4,64*	*3,79*	*28,6*	*40,49*

*Мъже [130-180 g/L]; Жени [120-160 g/L]

**Мъже [4,6-6,2x10^{12}/L]; Жени [4,2-5,4x10^{12}/L]

***Мъже до 50 г. – до 18 mm/h; Мъже над 50 г. – до 22 mm/h; Жени до 50 г. – до 25 mm/h; Жени над 50 г. – до 30 mm/h

Таблица 4.2. Лабораторни показатели при пациенти със субфебрилна температура

Пациент №	*Резултати*					
	$AST_{average}$ [5-40 U/L]	*$ALT_{average}$ [5-40 U/L]*	*$GGT_{average}$ [10-50 U/L]*	*$AP_{average}$ [64-300 U/L]*	*$LDH_{average}$ [208-378 U/L]*	*$Ferritin_{average}$ [10-300 µg/l]*
Пациент 6	11,5	13,5	25,5	212,5	152	1480
Пациент 7	21,5	45,5	57	114,5	199	170
Пациент 8	14	14	10	121	247,5	–
Пациент 9	19	21,5	29	126	297	–
Пациент 10	14	11	13	119	–	–
Average	*16*	*21,1*	*26,9*	*138,6*	*223,88*	*825*

В проведените параклинични изследвания липсват съществени отклонения, които да се асоциират с определен болестен процес. Левкоцитоза липсва при всички петима болни (5/5), анемия е налице при един (1/5), повишена СУЕ и С-реактивен протеин (2/5), фибриноген извън референтни стойности (1/5).

Проведените микробиологични, паразитологични и серологични изследвания не откриват конкретен причинител на състоянието. При *Пациент 7* образните методи на изследване и консултацията със специалист (лицево-челюстен хирург) подпомагат диагностичния процес, докато при друг болен (*Пациент 10*) новите съвременни имунологични изследвания (T-SPOT®.TB) се оказаха решаващи за крайния резултат.

Равносметката за субфебрилните пациенти е следната:

– *Пациент 6* – етиологично неуточнен.

– *Пациент 7* – възпалително огнище в областта на зъби и синуси. Проведено специфично комбинирано хирургично и симптоматично лечение от специалист.

– *Пациент 8* – етиологично неуточнен.

– *Пациент 9* – етиологично неуточнен. Съмнения за фалшива температура (симулация), тъй като по време на престоя в клиниката повисоки стойности от 37.5°C не са отчетени. Проведено бе вегетологично изследване с данни за умерени ангионевродистонни прояви.

– *Пациент 10* – латентна туберкулозна инфекция. Назначена туберкулостатична терапия.

Според литературната справка при пациенти с фебрилитет повече от 6 месеца съотношението между групите причини съществено се променя: инфекции, малигнени и автоимунни нару-

шения наброяват общо 20 %, докато грануломатозните заболявания (като грануломатозен хепатит, болест на Крон, улцерозен колит) и фалшивата температура (изкуствена пирексия) са водеща причина [13]. При една четвърт от тези пациенти температурата е следствие от придружаващо заболяване [13]. Около 50 % от неуточнените болни имат бенигнен ход на състоянието и симптомите отшумяват спонтанно [13].

Според класификационна схема на продължителните неясни температурни състояния без органни и местни прояви, предложена от *Л. Константинова*, групите причини за субфебрилна температура са следните [2]:

- ***инфекции***: локални възпалителни процеси и общи инфекции;
- ***неопластични процеси***;
- ***алергични и автоимунни***;
- ***други***;
- ***изкуствена пирексия*** (симулация).

Спрямо тази класификация нашите пациенти попадат в следните групи:

– *Пациент 7:* инфекция, локален възпалителен процес в областта на зъби и синуси.

– *Пациент 10*: латентна туберкулозна инфекция, но тъй като липсва органна локализация на инфекцията, я поставяме в категория други.

– *Пациенти 6*, *8 и 9* са неуточнени, като при *Пациент 9* има съмнения за изкуствена пирексия (симулация), която на този етап няма как да докажем.

Сравнителна характеристика на двете групи пациенти

Показател	*Пациенти с НФС (първа група)*	*Пациенти със субфебрилна температура (втора група)*
Възраст	Средна възраст (зряла) (по СЗО: 45–59 г.)	Млада възраст (по СЗО: 15-44 г.)
Разпределение по пол	3 мъже и 2 жени	3 мъже и 2 жени
Температурна стойност	Умерена и висока температура	Субфебрилна температура
Средна продължителност на температурното състояние	80 дни	169 дни
Водещи симптоми и синдроми	– фебрилен синдром – астеноадинамичен синдром – болков синдром – обривен синдром	– фебрилен синдром – астеноадинамичен синдром
Физикален преглед	Има отклонения от нормата – хепатоспленомегалия	Няма отклонения от нормата
CYE, CRP, фибриноген, LDH и Ferritin	Значително по-повишени стойности	Леко повишени стойности
Чернодробни ензими	Повишени	Нормални
Микробиологични, паразитологични и серологични изследвания	Положителна серология за EBV, която поставя диагнозата	Няма положителен резултат, който да постави диагноза
Имунологични изследвания	Не са сигнификантни за диагностичния процес	Положителен T-SPOT®.TB, който поставя диагноза
Образни изследвания	Еднакво ценни при двете групи както за установяване, така и за изключване на патологично огнище, ангажиран орган или система	
Без установена нозологична единица	Няма (0/5 или 0%)	Двама (2/5, или 40%)
Етиологично неуточнени пациенти (без идентифициран етиологичен агент)	Четирима (4/5 или 80%)	Четирима (4/5, или 80%)

Заключение

С представения труд се опитахме да акцентираме вниманието върху популация от пациенти, страдащи от температура. В зависимост от характеристиките и продължителността на температурния синдром и съпътстващите други оплаквания изходът от диагностичния подход е различен.

При пациентите с НФС целта е да се ориентираме в категорията на етиологичната причина, след което пациентът да се насочи към правилното място за лечение и наблюдение. Характерното за тези пациенти е, че спадат към възрастовата група на средната възраст, откриват се обективни нарушения в статуса, в параклиниката превалират данни за възпалителен процес. При тях трябва активно и бързо да се търси причината.

Пациентите със субфебрилитет са млади хора, предимно със субективни оплаквания и минимални обективни нарушения и лабораторни отклонения. По-голямата част от тях остават недиагностицирани, като за дълъг период поддържат ниски субфебрилни температури. Развиват синдром на психично усещане за болест и

вътрешна потребност да търсят медицинска помощ. В тези случаи е необходим по-деликатен подход. От полза би била психологична и/или психиатрична консултация с цел постигане на душевно успокоение и равновесие. За съжаление този вид консултативна помощ не е добре приета и практикувана в нашата страна. Съответно и нашите пациенти не са диагностицирани (изследвани) в тази насока.

Двете групи пациенти имат общи черти от анамнестична гледна точка за наличие на повишена температура, но обективната находка от физикален преглед и диагностични изследвания показват различия. Прави впечатление наличието на една и съща причина за фебрилния синдром при двама болни от двете групи – възпалително огнище в областта на зъби и синуси. Тук трябва да се има предвид, че границата между субфебрилна температура и умерена (включваща минималното изискване по Petersdorf и Beeson 38.3°C) е много малка и понякога дори техническа грешка може да бъде причина за поставянето на пациента в едната или другата група. Представената извадка (10 души) е недостатъчна за коректна и обективна статистическа оценка, поради което нашите наблюдения и проучвания в тази област продължават, за да добием по-пълна и ясна картина на този актуален и нерядък проблем в медицинската практика.

Библиография

1. Д и к о в , И. Продължително фебрилно състояние. – Епидемиол., микробиол. и инф. бол., 27, 1990, № 4, 1-6.
2. К о н с т а н т и н о в а , Л. Неясни температурни състояния. С., Мед. и физк., 1989, 29-37.
3. П е к о в а - В ъ р б а н о в а , Л. Неясни фебрилни състояния – предизвикателство към съвременната медицина. – Наука инфектол. паразитол., 1, 2010, № 1, 40-43.
4. П е т к о в а , М. Треска. – В: Патологична физиология. Р. Лолов. (Ред.). С., АРСО, 1999, 273-280.
5. Ц е к о в , Х. Неясни фебрилни състояния. – Лек. практ., 5, 2003, № 1, 30-32.
6. C u n h a , B. A. Fever of Unknown Origin: Clinical Overview and Perspective. – In: Fever of Unknown Origin, 1st ed. B. A. Cunha. (Ed.). New York, Informa Healthcare USA, Inc., 2007, 1-8.
7. C u n h a , B. A. Fever of Unknown Origin: A Focused Diagnostic Approach. – In: Fever of Unknown Origin, 1st ed. B. A. Cunha. (Ed.). New York, Informa Healthcare USA, Inc., 2007, 9-16.
8. D u r a c k , D., T. et A. C. Street. Fever of unknown origin – reexamined and redefined. – In: Current Clinical Topics In Infectious Diseases, Vol. III. J. S. Remington et M. N. Swartz. (Eds.). Boston, Massachusetts, Blackwell Science, 1991, 35-51.
9. K n o c k a e r t , D. C. et al. Fever of unknown origin in adults: 40 years on. – J. Intern. Med., 253, 2003, № 3, 263-275.
10. K n o c k a e r t , D. C. et al. Fever of unknown origin in elderly patients. – J. Am. Geriatr. Soc., 41, 1993, № 11, 1187-1192.
11. M a c k o w i a k , P. A. Temperature regulation and the pathogenesis of fever. – In: Principles and Practice of Infectious Diseases. G. L. Mandell, J. E. Bennett et R. Dolin. (Eds.). 7th ed. Philadelphia, Churchill Livingstone Elsevier, 2010, 765-778.
12. M a c k o w i a k , P. A. et D. T. Durack. Fever of unknown origin. – In: Principles and Practice of Infectious Diseases. G. L. Mandell, J. E. Bennett et R. Dolin. (Eds.). 7th ed. Philadelphia, Churchill Livingstone Elsevier, 2010, 779-789.
13. M c P h e e , S. J., M. A. Papadakis et M. W. Rabow. Chapter 30. Common Problems in Infectious Diseases [Fever of Unknown Origin (FUO)]. – In: Current Medical Diagnosis & Treatment, 50th ed., 2011.
14. P e t e r s d o r f , R. G. et P. B. Beeson. Fever of unexplained origin: Report on 100 cases. – Medicine (Baltimore), 40, 1961, № 1, 1-30.
15. T a l , S. et al. Fever of unknown origin in the elderly. – J. Intern. Med., 252, 2002, № 4, 295-304.
16. T u r k u l o v , V. et al. Fever of unknown origin in elderly patients. – Srp. Arh. Celok. Lek., 139, 2011, № 1-2, 64-68.
17. W o o l e r y , W. A. et F. R. Franco. Fever of unknown origin: Keys to determining the etiology in older patients. – Geriatrics, 59, 2004, № 10, 41-45.

Постъпила за печат на 22 януари 2013 г.