**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Инфекционных болезней**

Зав. кафедрой д.м.н.,

Реферат на тему:

**«Лихорадочные состояния при неинфекционных заболеваниях»**

Выполнила: студентка V курса

Проверил: к.м.н., доцент

**Пенза 2008**

# **План**

1. Острый медиастинит

2. Лихорадочное состояние у урологических больных

3. Лихорадочное состояние у эндокринологических больных

Литература

**1. ОСТРЫЙ МЕДИАСТИНИТ**

Причинами острого нагноительного процесса в средостении могут быть открытые повреждения средостения, повреждения пищевода, трахеи и бронхов, осложнения операций на органах средостения, контактное или метастическое распространение инфекции (гематогенное или лимфогенное). Процесс может быть ограниченным (абсцесс) или диффузным (флегмона).

В зависимости от локализации ограниченного гнойного процесса различают передний, задний, верхний и нижний медиастинит. По характеру клинического течения могут быть выделены следующие формы медиастинита: 1) молниеносная форма, наблюдающаяся чаще при гнилостных и анаэробных флегмонах средостения, когда больные погибают от тяжелейшей интоксикации в течение первых 2 суток; 2) острая форма, при которой заболевание протекает менее бурно, но и для этой формы характерно тяжелое течение с преобладание общих явлений интоксикации; 3) подострая форма, которая может развиться при маловирулентной инфекции и применении антибиотиков.

Клиническая картина заболевания чаще всего начинается внезапно. Температура повышается до 39-40 ˚С и вначале бывает постоянной, а затем гектической; появляются озноб, сменяющийся проливным потом, тахикардия до 120-140 ударов в 1 минуту, выраженная интоксикация, одышка. Обнаруживаются типичные изменения в картине крови (нарастающий лейкоцитоз со сдвигом формулы крови влево). Ряд местных признаков имеют существенное значение для диагностики, однако иногда они оказываются весьма скудными. Боль в грудной клетке является наиболее ранним и частым признаком медистинита. Нередко боль усиливается при глотании, а также при запрокидывании головы назад. Локализация боли в значительной степени зависит от распространенности нагноительного процесса. При переднем медиастините обычно возникает загрудинная боль, а при заднем - боль в межлопаточной области. Острый прободной нижний медистинит часто вызывает резкую боль в животе, сопровождающуюся ложными (иррадиационными) местными признаками острого прободного перитонита.

При локализации процесса в верхнем средостении боль может отдавать в верхние конечности. Усиление боли при смещении трахеи во время пальпации - также признак верхнего медистинита. Усиление боли при надавливании на грудину отмечается при переднем медиастините, а при надавливании на остистые отростки грудных позвонков - при заднем. При ограниченных абсцессах заднего средостения определяется дисфагия - от легкого нарушения глотания до почти полной непроходимости пищевода. При ограниченных абсцессах, расположенных в непосредственной близости от трахеи, вследствие ее сдавления и отека иногда наблюдается удушье или сухой кашель, а также осиплость голоса, при раздражении диафрагмального нерва могут появиться неукротимая икота или синдром Горнера.

При пальпации нередко отмечается крепитация в яремной ямке и надключичных пространствах за счет подкожной эмфиземы, обычно наблюдающейся при медистинитах, возникающих после перфорации пищевода. Кроме того, крепитация может возникнуть при анаэробной инфекции. Необходимо учитывать и возможность появления эмфиземы не в связи с медиастинитом (травма или спонтанный разрыв легкого с повреждением медистинальной плевры). Клиническая симптоматика острого медиастинита может существенно изменяться при развитии тех или иных осложнений. Нередко переход воспалительного процесса на плевру (с одной или с обеих сторон) и перикард дает картину сопутствующего реактивного плеврита и перикардита с соответствующими физическими и клиническим признаками. При ранении пищевода, проникающем в полость плевры, медиастинит и эмпиема плевры развиваются одновременно. В запущенных случаях нередким осложнением является кровотечение из крупных сосудов чаще вследствие гнойной аррозии сосудистой стенки.

Особенности медиастинита у детей. Воспалительный процесс в клетчатке средостения у детей наряду с обычными причинами может быть обусловлен острым гнойным процессом в легком и плевре. В целом у детей более выражена склонность к генерализации гнойного процесса в средостении, тем более заметная, чем меньше возраст больного. Особенностью клиники медиастинита, обусловленного перфорацией пищевода, у детей является быстрое ухудшение общего состояния в связи с нарастающей интоксикацией, при этом характерна высокая температура, которая носит упорный характер. У детей перфорация пищевода инородным телом выявить значительно труднее, так как часто отсутствует анамнестические данные. Поэтому в этих случаях медиастиниты нередко ошибочно принимают за пневмонию или плеврит, что ведет к запоздалой диагностике. Как правило, у грудных детей появляется гиперлейкоцитоз, достигающий 40,109/л и выше, что может вызывать затруднение в дифференцировании заболевания от лейкоза.

Ранняя диагностика медиастинита - трудная задача; правильному диагнозу, прежде всего, помогает ренгенологическое исследование.

Неотложная помощь и госпитализация. Все больные острым медиастинитом при подозрении на него подлежат немедленной госпитализации в хирургический стационар. При остром медиастините показано оперативное лечение, которое проводят одновременно с применением консервативных мероприятий. Цель оперативного вмешательства заключается в адекватном дренировании застойного очага и прекращении поступления инфицированного содержимого из поврежденного органа. Хорошие результаты получены при методе герметичного дренирования средостения, когда к зоне поражения средостения подводят двухпросветные силиконовые дренажи для аслирационно-промывания лечения.

**2. ЛИХОРАДОЧНОЕ СОСТОЯНИЕ У УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

При заболеваниях органов мочевой и половой систем лихорадочные состояния могут быть важнейшим начальным симптомом, особенно при воспалительных урологических заболеваниях.

ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ - заболевание почек, в первую очередь интерстициальной ткани (с вовлечением в процесс чашечно-лоханочной системы), обусловленное неспецифическим возбудителем. Как правило, кишечная палочка, стафилококки, стрептококки, протей попадают в мозговой слой почки гематогенным путем либо уриногенным восходящим путем. В последнем случае заболевание бывает обусловлено препятствием к оттоку мочи, чаще всего конкрементом или рефлюксом. При гематогенном (первичном) пиелонефрите заболевание начинается с подъема температуры (до 39-40 ˚С), потрясающих ознобов, головной боли. Через 2-3 дня возникает боль в поясничной области на стороне пораженной почки, состояние больного ухудшается в связи с выраженной интоксикацией (сухость во рту, тошнота, жажда, бледность, потливость). Резкие колебания температуры в течение суток являются признаком возможной бактериемии. При пальпации почки отмечается болезненность; с этой же стороны выявляют положительный симптом Пастернацкого, умеренное напряжение мышц живота, болезненность при пальпации в реберно-позвоночном углу. При исследовании мочи выявляют большое количество лейкоцитов, умеренное количество белка и эритроцитов. В крови - лейкоцитоз до 15000-17000, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Если у больного после почечной колики появляются высокая температура, озноб и интоксикация, можно думать о наличии вторичного пиелонефрита (восходящего, возникшего вследствие препятствия оттоку мочи).

АПОСТЕМАТОЗНЫЙ НЕФРИТ, КАРБУНКУЛ ПОЧКИ, ПАРАНЕФРИТ. О развитии этих заболеваний может свидетельствовать гектический характер температуры при тяжелом общем состоянии больного, резкая боль в костовертебральном углу на стороне поражения, резко выраженный палочкоядерный сдвиг. По длительности и высоте подъема температуры тела судят о прогрессировании или стихании воспалительного процесса в почке. Отсутствие тенденции к нормализации температуры к 6-8-му дню болезни указывает на прогрессирование гнойного процесса, формирование микроабсцессов или карбункула почки и требует незамедлительного решения вопроса об оперативном лечении.

ОСТРЫЙ ПРОСТАТИТ может быть причиной внезапного повышения температуры у мужчин. Клиническая картина нередко бывает не со - всем ческой. Чаще всего имеют место тупые боли в крестце и промежности, неприятные ощущения при мочеиспускании, дизурия, вплоть до задержки мочеиспускания. При ректальном исследовании определяют увеличенную напряженную и болезненную предстательную железу. Высокая температура при остром ее воспалении дает основание предположить возможность начинающегося абсцедирования, а размягчение и флюктуация в предстательной железе подтверждают этот диагноз.

ОСТРЫЙ ЭПИДИДИМООРХИТ. Клиническая картина характеризуется повышением температуры, резкой болью в области яичка и увеличением его размеров. Переход температуры в гектическую указывает на начало абсцедирования, а появление размягчения и флюктуации на ограниченном участке увеличенного яичка подтверждает этот диагноз.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ПОЧЕК И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. Один из них признаков - периодические кратковременные повышения температуры до 38 ˚С без каких-либо других симптомов интоксикации. Отличительной чертой этой лихорадки являются ее неправильный тип и кратковременность.

Неотложная помощь. Назначаются жаропонижающие средства (ацетилсалициловая кислота по 0,5 г, амидопирин по 0,25 г.). При остром пиелонефрите необходимы строгий постельный режим и обильное питье (лучше почечный чай, фруктовые соки), количество поваренной соли в пище не уменьшают. В первые же часы назначают антибактериальную терапию - либо антибиотики широкого спектра действия в максимальных дозах тетраолеан (сигмамицин) по 250 мг 2 раза в сутки внутривенно и др., либо фурагин по 0,1 г 4 раза в день или неграм по 1г 4 раза в день, или 5-НОК по 0,1-0,2 г 4 раза в день. После острого периода заболевания антибактериальную терапию следует продолжать в более низкой дозировке (фурагин по 0,05 г 3 раза в день) в течение 2-3 недель. При апостематозном нефрите, карбункуле почки, паранефрите противовоспалительное лечение в большинстве случаев оказывается неэффективным и его в условиях стационара дополняют обнажением почки, ее декапсуляцией, а при необходимости дренированием лоханки пиелостомой, нефростомой или стентом.

Госпитализация. Больные острым пиелонефритом, апостематозным нефритом, острым паранефритом, карбункулом почки, острым эпидимитом и простатитом подлежат экстренной госпитализации в урологический стационар, так как эти заболевания жизненно опасны и могут потребовать срочных хирургических мер или реанимации при развитии бактериемического шока.

**3. ЛИХОРАДОЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ЭНДОКРИННЫХ БОЛЕЗНЯХ**

ТИРОТОКСИЧЕСКИЙ КРИЗ - осложнение диффузного токсического зоба, возникающего под влиянием провоцирующих факторов, таких как операции на щитовидной железе, интеркуррентные инфекционные заболевания, психическая травма, грубая пальпация щитовидной железы, операции или травма других органов, токсикоз беременных, прием симпатотропных лекарственных средств или резкая отмена антитироидной терапии. Чаще развивается в теплое время года.

Тиротоксический криз характеризуется острым началом в виде лавинообразного нарастания симптомов тиротоксикоза. Температура фебрильная, иногда до 38-40 ˚С. Усиливается психическое и двигательное беспокойство, в тяжелых случаях моторно-сенсорное возбуждение напоминает острый маниакальный психоз. Больные испытывают сердцебиение, страх смерти, удушье, боль в области сердца, головную боль. Кожа горячая, гиперемированная, мокрая от профузного пота. Отмечаются одышка, тахикардия, достигающая 150 ударов в минуту, часто аритмия. Может развиться сердечно-сосудистая недостаточность. Нарушение функции ЦНС проявляется также генерализованной слабостью, особенно проксимальных мышц, спутанностью сознания. Изменения функции желудочно-кишечного тракта характеризуется болью в животе с тошнотой, рвотой, диареей, иногда слегка увеличивается и уплотняется печень и появляется желтуха, что является плохим прогностическим признаком. Рвота, диарея и повышение температуры тела приводят к дегидратации организма. Смерть при тиротоксическом кризе наступает вследствие гиповолемического шока, комы и сердечной недостаточности.

Диагноз. В анамнезе всегда имеется указание на наличие у больного диффузного токсического зоба. Выявляются изменения на ЭКГ: синусовая тахикардия, увеличиение амплитуды зубцов комплекса QRS и Т, мерцание предсердий, нарушение внутрижелудочковой проводимости.

Неотложная помощь. На догоспитальном этапе проводят оксигенотерапию со скоростью 5-10 л в минуту, а также внутривенную инфузию 5% раствора глюкозы со скоростью 0,5 л/ч.

При поступлении в стационар необходимо определение содержания Т3, Т4, ТТГ, глюкозы, электролитов, РС02, Р02 в крови, исследование функций печени и почек; не ожидая результатов исследования, продолжают инфузию 5% раствора глюкозы и 0,9% раствора натрия хлорида. Необходим постоянный ЭКГ-контроль за деятельностью сердца. При артериальной гипотонии вводят вазопрессорные вещества, а при сердечнососудистой недостаточности - сердечные гликозиды (строфантии, коргликон). В случаях средней тяжести одновременно с этим назначают внутрь бета-адреноблокаторы (индерал, анаприлин, обзидан до 240-300 мг в сутки). В тяжелых случаях бета-адреноблокаторы вводят по 1-10 мг внутривенно со скоростью 1 мг/мин каждые 3-6 часов и под контролем ЭКГ.

Показано введение глюкокортикоидов (гидрокортизона гемисукцината 200-600 мг в сутки, преднизолона гемисукцината 200-300 мг в сутки), которые вводят парентерально каждые 6 часов. Бета-адреноблокаторы и глюкокортикоиды, помимо основного специфического действия, угнетают конверсию на периферии Т4 и Т3 и этим способствуют купированию тиротоксического криза.

Лечение тиростатическими препаратами проводятся во всех случаях тиротоксического криза. Применяется мерказолил до 100 мг в сутки. Большие дозы препаратов йода уменьшают высвобождение тироидных гормонов из щитовидной железы и быстро снижают содержание тироидных гормонов в сыворотке крови. Внутривено вводят по 100 мл 10% раствора натрия йодида каждые 8 часов и в виде внутривенной инфузии или дают внутрь раствор Люголя по 30 капель в день или 10-12% раствор калия йодида по столовой ложке каждые 8 часов. Лечение препаратами йода после купирования тиротоксического криза продолжается еще в течение 2 нед. Необходимо иметь в виду, что препараты йода должны вводиться лишь через 2-4 и после применения тиростатических препаратов, но не до их приема.

Показана внутривенная инфузия контрикала (40000 ЕД в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида), после введения которого состояние больных быстро улучшается. Для коррекции выраженных микроциркуляторных нарушений, наряду с внутривенной инфузией изотонического раствора натрия хлорида и 5% раствора глюкозы, применяют реополиглюкин, гемодез, растворы альбумина. Общий объем вводимых растворов не должен превышать 4 л/сут. Необходимо также вводить витамин В1 (тиамина хлорид или бромид) по 50-100 мг в день, витамин В2 (рибофлавина мононуклеотид) по 40-50 мг в день и никотинамид 100200 мг в день.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В.Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год