

## РОЛЬ ІНФЕКЦІЙНОГО ФАКТОРА У ВИНИКНЕННІ ТРИВАЛОГО СУБФЕБРИЛІТЕТУ У ДІТЕЙ

*Маркевич В. Е., Зайцев І. Е.*

*СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

Достовірних зведень про частоту субфебрильних станів у дітей за віком і статтю немає. Але найбільше часто тривалий субфебрилітет зустрічається у дітей до 1 року життя та у віці від 8 до 14 років. За даними літератури в даній групі дітей установлена подвійна перевага хлопчиків над дівчинками, можливо, це зв'язано з особливостями ендокринно-гуморальних і метаболічних процесів в організмі хлопчиків.

Під спостереженням знаходилося 29 дітей у віці від 6 місяців до 18 років, що звернулися в обласну дитячу клінічну лікарню м. Суми з приводу тривалого субфебрилітету за 2008 – 2010 р.

Серед досліджуваних дітей, хлопчики склали 59% (17 чоловік), дівчата 41% (12 чоловік), частіше зустрічалися підлітки 79% (23 чоловік). Тривалий субфебрилітет уперше виявлявся після інфекційних захворювань у 86% дітей, у половині випадків тривалість його була більше 6 місяців (від 1 до 2 років). Температура була субфебрильна - до 37,5°C (у середньому – 37,0°C – 37,3°C) у більшості дітей - 89%, у 11% випадків температура була субфебрильна, але з періодичними підйомами до 38°C - 39°C. У більшості пацієнтів (62%) температура тіла підвищувалася в другій половині дня. Вночі і після сну показники були нормальними, а потім температура підвищувалася в міру активності дитини. Скарги дітей при тривалому субфебрилітеті були неспецифічні - головні болі – у 72%, запаморочення - у 78%, порушення сну - у 74% дітей, в основному по типі астено-вегетативного синдрому, у 22% дітей підвищення температури було без яких суб'єктивних відчуттів.

При аналізі антенатального анамнезу встановлено, що вагітність була ускладнена у 100% матерів хворих дітей. Частіше зустрічалися погроза переривання вагітності, гострі респіраторні вірусні інфекції, загострення хронічної інфекції Лор-органів, причому в кожній третій до 2 -3 разів у рік, анемії, інфекції сечовивідних шляхів. Більшість дітей добре розвивались на першому році життя, але в усіх була виявлена патологія нервової системи у формі перинатально-гіпоксичної енцефалопатії. У 65% дітей спостерігалися рецидивуючі захворювання верхніх дихальних шляхів (ангіни, часті ГРВІ, хронічний тонзиліт, хронічний риносинусит, хронічний отит). У 67% дітей патологія шлунково-кишкового тракту (хронічний гастродуоденіт, хронічний холецистит, дисфункція жовчовивідних шляхів, лямбліоз, амебіаз), у 70% дітей патологія серцево-судинної системи (вегетативна дисфункція, функціональна кардіопатія), у 24% пацієнтів патологія ендокринної системи (гіперплазія щитовидної залози, гінекомастія в хлопчиків, ожиріння, порушення толерантності до глюкози, гіпоталамічний синдром, метаболічний синдром). Потрібно відзначити, що в більшості дітей (70%) дітей зустрічалася до 2 - 3 вогнищ хронічної інфекції одночасно, що ймовірно свідчить про знижену резистентність організму, сприяючи напруженості апарата терморегуляції. По об'єктивним даним у 76% дітей виявлені зміни верхніх дихальних шляхів (гіпертрофія мигдаликів (80%), аденоїди (86%), хронічний тонзиліт (56%), хронічний риносинусит (53%), хронічний отит (2%); шлунково-кишкового тракту у (73%); серцево-судинної системи - (95%); нервової системи - (96%); вегетативна дисфункція - (95%), переважно змішаного характеру; остеохондроз шийного відділу хребта встановлений у 55% дітей.

Термопульсометрія була неспецифічна, температура в основному була до 37°C – 37,5° С, парацетамоловий тест був позитивний у 22%, негативний у 78% дітей. При лабораторному дослідженні виявлені наступні зміни: у 61% підвищення числа лейкоцитів за рахунок лімфоцитів, у 14% дітей підвищене ШОЕ до 20 мм/год, у 25% дітей відзначалося підвищення сіалових кислот, серомукоїдів, фібриногену крові. В аналізах сечі, як і в результатах бактеріологічного дослідження сечі - змін не встановлено. При копрологічному дослідженні виявлені цисти лямблій у 18% дітей, цисти кишкової амеби - у 2, при бактеріологічному дослідженні калу - посіви були негативні на патологічну мікрофлору. При бактеріологічному дослідженні вмісту носоглотки отримані наступні результати: золотавий стафілокок 46%, гемолітичний стрептокок 24%, кишкова паличка 10%, протей 3%.

При інструментальному дослідженні нервової системи зміни були виявлені практично у всіх дітей - 97% серцево-судинної системи в - 86%, шлунково-кишкового тракту в - 78%. Таким чином, у більшості дітей патологія об'єктивного характеру була підтверджена змінами при інструментальному і лабораторному дослідженні. Лікування проводилося комплексне - санація вогнищ хронічної інфекції, лікування виявленої інфекції (тобто, усунення інфекційного фактора - антибактеріальна, протівірусна терапія, лікування у фахівців як консервативне, так і оперативне), корекція функціональних порушень центральної нервової системи (судинні препарати, ноотропи). У результаті проведеного лікування тривалий субфебрилітет зник у 27 дітей (93%), у 2 дітей (7%) підвищена температура зберігалася, що можливо було недостатнім відновленням функцій теплорегуляційних центрів нервової системи, загостренням вогнищ хронічної інфекції. Таким чином, на нашу думку, причиною тривалого субфебрилітету є латентні інфекції на тлі функціональних порушень центральної нервової системи, що вимагає відповідного обстеження і лікування цієї категорії хворих.