

2000. – 2003. - Vol. 31. – P. 135-166.

8. Van Dyke T.E., Sheilesh D. Risk factors for periodontitis / T.E. Van Dyke, D. Sheilesh // J. Int. Acad. Periodontol. – 2005. – N. 7. – P. 3-7.

9. Yamazaki K. Elevated proportion of natural killer T-cells in periodontitis lesions a common feature of chronic inflammatory diseases / Yamazaki K., Ohsaw Y., Yoshie H. // Am. J. of Pathol.-2001.-Vol.158.-P.1391-1398.

Реферати

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМБИНАЦИИ ФТОРХИНОЛОНОВ И ОРНИДАЗОЛА

Малик Н.Е.

Проведено комплексное клиническое изучение 35 больных с хроническим генерализованным пародонтитом II степени в возрасте от 25 до 50 лет. Наряду с общепринятыми методами клинической верификации проводилось определение иммунологических показателей методом проточной цитофлуориметрии с определением субпопуляций клеток, которые экспрессируют CD3, CD4, CD8. Исследовано количество основных субпопуляций лимфоцитов в капиллярной крови десен. При хроническом генерализованном пародонтите наблюдаются сдвиги системы клеточного иммунитета. Таким образом, использование антимикробных препаратов при хроническом генерализованном пародонтите должно быть дифференцированным и соответствовать клинико-иммунологической стадии процесса.

Ключевые слова: пародонтит, лечение.

Стаття надійшла 24.11.2011 р.

OPTIMIZING DRUG TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS USING A COMBINATION OF FLUOROQUINOLONES AND ORNIDAZOLE

Malik N.E.

A comprehensive clinical study of 35 patients with chronic generalized periodontitis in age from 25 to 50 years. Along with the standard methods of clinical validation was determined by flow immunological parameters cytofluorimetry with the definition of subpopulations of cells that express CD3, CD4, CD8. Investigated the number of major lymphocyte subpopulations in gingival capillary blood. In chronic generalized periodontitis has been a shift of cellular immunity. Thus, the use of antimicrobial agents in chronic generalized periodontitis should be differentiated and consistent clinical and immunological stage of the process.

Key words: periodontitis, treatment.

УДК: 616.91/93 – 053.2/71

К.В. Пискуль, В.І. Ільченко, К.Ю. Прилуцький, О.О. Каложка, М.М. Фастовець
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ГАРЯЧКИ НЕВІДОМОГО ГЕНЕЗУ В ДІТЕЙ

Актуальність проблеми «Гарячки невідомого генезу» обумовлена ростом частоти встановлення попереднього діагнозу педіатрами амбулаторної ланки в Україні за останні 5 років, великою варіабельністю причин хвороби, складністю специфічної діагностики, що призводить до діагностичних помилок, несвоєчасного лікування дітей, зниженню довіри пацієнта до лікаря. В статті автори, крім літературного огляду, приводять клінічний приклад дитини з діагнозом: «Гарячка невідомого генезу».

Ключові слова: діти, «гарячка невідомого генезу», обстеження, лікування.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи «Розробити систему діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів для новонароджених від матерів з інфекцією статевих органів (від 13.01.11),» №0111U002060.

Гострота проблеми обумовлена не завжди коректним встановленням лікарями-педіатрами амбулаторної ланки діагнозу: Гарячка невідомого генезу, що призводить до виникнення цілого ряду медико-соціальних і навіть психологічних труднощів [1, 8].

Гарячка (febris, pyrexia) **невідомого генезу** – патологічний стан, основним проявом якого є температура тіла 38°C та вище, на протязі 2 тижнів при 4 вимірах в день та більше і причина залишається невідомою після проведення загальних клініко-лабораторних досліджень [2]. Це реакція організму на вплив патогенних чинників (інфекція, продукти метаболізму мікробів, будь-яких тканин). За своєю суттю є пристосувальною реакцією, підвищує природну стійкість організму при інфекційних хворобах, проте іноді викликає патологічні зміни в дитячому організмі.

Останнім часом у педіатричній поліклінічній практиці зустрічається сформульований такий діагноз, але коли дитину обстежити повністю ми виявляємо достовірну причину. Автори бажають проакцентувати на різниці між визначеними поняттями - гарячка та лихоманка [3, 4,10]. Лихоманка – це певний різновид нозології, які зустрічаються у світі, про що ми говоримо далі у своїй публікації. Одним із симптомів цих хвороб є гарячка.

Ку-лихоманка – гостре інфекційне захворювання, викликається рикетсіями *Coxiella burnetii*, що характеризується ураженням ретикулоендотеліальної системи, інтоксикацією, гарячкою, інтерстиціальною пневмонією. Зараження відбувається аліментарним шляхом при вживанні молока, яєць; повітряно-краплинним – вдихання пилу, який містить виділення заражених тварин; при контакті з хворими домашніми тваринами. Найчастіше зустрічається в Австралії, США, Африці, Великій Британії, країнах Середземного моря. Окремі осередки зустрічаються і в Україні, зокрема в Криму, Дніпропетровській області, Прикарпатті.

Зворотні лихоманки (тифи) - група гострих інфекційних захворювань, що викликаються патогенними для людини спірохетами проявляються серією гарячкових нападів з головними, м'язовими і суглобовими болями,

діареею, блюванням, кашлем, болем в очах, збільшенням селезінки. Напади тривають 5-6 діб і розділені безтемпературними інтервалами такої ж тривалості. Збудник – рикетсія при епідемічному тифі передають воші, а при ендемічному – щурина блоха. Епідемічний тиф зустрічається в деяких країнах Європи, в Азії та Африці в Україні спостерігали спалахи по початку минулого століття. Ендемічний тиф поширена інфекція в світі.

Геморагічна лихоманка Денге - ендемічна тропічна і субтропічна інфекція, що протікає у формі системної гарячки з суглобовими болями або геморагічним синдромом. Збудником є флавівірус, зустрічається в Азії, Кубі, Китаї, Індії.

Геморагічна конго-кримська лихоманка - гостре інфекційне захворювання, що протікає з високою гарячкою, яка характеризується двохвильовою температурною кривою, різкою інтоксикацією, головним і м'язовим болями, кровотечами, геморагічною енантемою і петехіальною шкірною висипкою. Збудником є арбовірус, які потрапляють до організму людини при укусі іксодових кліщів від хворих кіз, корів, зайців. Зустрічається в Східній Африці, Азії, Східній Європі, окремі осередки є в Криму. Може проявлятися внутрішньо-лікарняною інфекцією.

Геморагічна лихоманка Ласса - інфекційне захворювання відрізняється високою контагіозністю, поступовим розвитком, вираженою інтоксикацією, гарячкою, поширеним міозитом, геморагічним синдромом, дифузним ураженням печінки, ознаками енцефаліту, судомами. Збудник аренавіруси. Зустрічається переважно в Західній Африці.

Геморагічна лихоманка з нирковим синдромом - гостре вірусне захворювання, що протікає у формі хронічного прогресуючого нефриту з розвитком ниркової недостатності та геморагічного синдрому. Збудники - віруси роду Nantavirus сімейства Bunyaviridae. Поширюють дикі миші. Геморагічні лихоманки на території України у дітей до 7 років зустрічаються рідко, можливі спорадичні випадки в осінньо-літній період в Закарпатті та Криму. Зустрічається в Азії та Європі.

Омська лихоманка – гостре інфекційне захворювання, що викликається флавівірусом, поширюють кліщі. У клініці переважають геморагічний синдром, ознаки пневмонії, менингоенцефаліту. Зустрічається в Європі та Азії.

Жовта лихоманка - гостре інфекційне захворювання, характеризується геморагічним синдромом, ураженням серцево-судинної системи, печінки і нирок. Збудник – флавівіруси. Зустрічається в Америці та Європі.

Марсельська лихоманка - гостре інфекційне захворювання, що характеризується гарячкою, висипом і суглобовими болями. Збудник – рикетсії, природним резервуаром є дикі собаки, переносники – кліщі. Осередки реєструються в Криму.

Лихоманка від укусу щурів - загальна назва двох інфекційних хвороб з групи бактеріальних зоонозів.

Лихоманка паппатачі - гостре інфекційне захворювання, що протікає з короткочасною гарячкою, головними і м'язовими болями, фотофобією і ін'єкцією судин склер. Зустрічається в Америці.

Лихоманка плямиста Скелястих гір - гостре інфекційне захворювання; характеризується поліморфною гарячкою, нерідко папульозно-геморагічним висипом по всьому тілу, енантемою слизових оболонок і різноманітними ускладненнями, особливо некрозами шкіри в паховій області. Збудник – рикетсії, зустрічається на Американському континенті.

Стрептобацілярна лихоманка - гостре інфекційне захворювання, характеризується повторними нападами гарячки, запально-некротичними змінами в місці укусу щурів, регіонарним лімфаденітом, поліартритом, висипами, переважно на суглобах і розгинальних поверхнях.

Лихоманка цуцугамуші - гострий рикетсіоз, що протікає з вираженою гарячкою, ураженням нервової та серцево-судинної систем, наявністю первинного афекту, лімфаденопатією та макулопапульозної висипки. Переносник – гризуни. Зустрічаються окремі осередки в Приморському краї, Криму, Східній Європі, Америці.

Лихоманка Марбург (лихоманка Ебола, Маріді) – це гостре інфекційне захворювання, яке характеризується тяжким перебігом, високою летальністю, геморагічним синдромом, ураженням печінки, ШКТ, ЦНС. Збудник – філовірус, переносник – африканські зелені мавпи. Спалахи фіксували у Африці, Європі (Германії, Югославії).

Провідне значення у виникненні синдрому - **гарячки** відіграють інтерлейкіни, фактор некрозу пухлин та ін., які виробляються периферичними мононуклеарними фагоцитами, що активуються під впливом пірогену і діють на центр терморегуляції у гіпоталамусі. Доведено, що пірогенні властивості грамнегативних збудників входять до їх складу ліпополісахаридів клітинної мембрани. Інфекційний або неінфекційний запальний процес супроводжується активацією фагоцитозу і підвищенням синтезом фагоцитами біологічно активної субстанції, що приводить до підвищення температури тіла, яка отримала назву ендогенного або лейкоцитарного пірогену. У подальшому було встановлено, що лейкоцитарний піроген не однорідний, а являє собою групу білків, серед яких були виділені 2 активних поліпептидів, які прийнято позначати як інтерлейкін-1 (ІЛ-1). ІЛ-1 вважається основним ініціатором у механізмі розвитку гарячки та інших процесів гострої фази запалення. Він стимулює секрецію простагландинів, амілоїдів А і Р, С-реактивного білку, гаптоглобіну, α 1-антитрипсину і церулоплазміну. Під дією ІЛ-1 ініціюється продукція Т-лімфоцитами інтерлейкіну-2 і підвищується експресія клітинних Іg-рецепторів. Крім цього, відбуваються посилення проліферації В-лімфоцитів і стимуляція секреції антитіл. За нормальних умов ІЛ-1 не проникає через гематоенцефалічний бар'єр. Однак при порушенні імунного гомеостазу при інфекційному або неінфекційному запаленні ІЛ-1 досягає преоптичної області передньої частини гіпоталамуса і взаємодіє з рецепторами нейронів центру терморегуляції. При цьому активується циклооксигеназа, що призводить до підвищення внутрішньоклітинного рівня циклічного аденозин-3', 5'-монофосфату. Збільшення концентрації цАМФ сприяє внутрішньоклітинному накопиченню іонів Ca^{2+} , зміни в клітині співвідношення Na/Ca і перебудови

активності центрів теплопродукції і тепловіддачі з підвищенням теплової енергії та зниженням тепловіддачі. Посилення теплопродукції досягається за рахунок посилення метаболічних процесів термогенезу. Одночасно відбувається звуження судин шкіри та підшкірної клітковини, зменшується швидкість периферичного судинного кровотоку, що призводить до зниження тепловіддачі. Встановлюється новий, більш високий рівень температурного гомеостазу, що призводить до підвищення температури тіла [7, 9].

Типовий циркадний ритм [8] варіацій температурної кривої встановлюється у дітей до 2 років. Найбільші цифри фіксують від 17°C до 19°C , найнижчі – від 2°C до 6°C , допустимі добові коливання від $0,1^{\circ}\text{C}$ до $1,3^{\circ}\text{C}$. Імовірними найчастішими причинами гарячки є наступне:

1. тепловий удар, отруєння ядами, токсинами;
2. циркадні ритми, фізичне навантаження, прийом їжі, стрес, овуляція у жінок;
3. неінфекційні хвороби – аутоімунні гепатити, тиреоїдити, тиреотоксикоз, гіперкортицизм, гіпоталамічний синдром у підлітків, неопластичні процеси, гематологічні хвороби, маніфестація хвороб сполучної тканини;
4. інфекційні хвороби – туберкульоз, ВІЛ, стрептокок, стафілокок, менінгокок, пневмокок, ентерокок, гемофільна паличка, лістерії, хламідії, мікоплазма, ДНК-віруси, зокрема герпесвіруси.

Типи гарячок [5,6]

- інтермітуюча – частіше буде властива для системних хвороб, аутоімунних нозологій, туберкульозу, новоутворень. Іноді інтермітуюча температурна крива поєднується з брадикардією, що спостерігається при таких нозологіях – вірусний міокардит, ревматоїда, хвороба Лайма, інфекційний міокардит, атріовентрикулярна блокада;
- ремітуюча – самовільне зниження температури кілька разів на добу більш властиве для гострих бактеріємій;
- постійна гарячка – характерна при черевному тифі, міліарному туберкульозі, бруцельозі, лептоспірозі;
- зворотня гарячка – спостерігається при малярії, хворобі Садоку, бореліозі. Необхідно також відмітити ще два варіанти гарячок – септичну та Епштейна (лімфогранульоматоз, гістіоцитози).

При гарячці у дітей грудного та молодшого віку нерідко спостерігаються фебрильні судоми. У таких випадках завжди необхідно виключати патологію ЦНС. Це може бути як енцефалітична реакція, тобто неспецифічний прояв нервової системи на різні негативні чинники (гарячка, токсин, мікроб), так і симптоматичні судоми при запальних органічних процесах в ЦНС або ж окрема нозологія (епілепсія та ін.). За даними літератури останні роки тяжкість процесу дають герпес-віруси, особливо б типу, який є агентом судомного синдрому. Тому діти із судомами в анамнезі повинні консультуватись дитячими неврологом та інфекціоністом.

Встановлення попереднього діагнозу: Гарячка невідомого генезу, призводить до затримки лікування та викликає втрату довіри у пацієнта до лікаря [3], тому необхідно якомога швидше встановити причину і вчасно призначити наступне обстеження та терапію [2,16]:

1. **перший етап** – клінічний посистемний огляд, загально-клінічні та біохімічні лабораторні методи, копрологічне дослідження, оцінка імунограми, бактеріологічне та вірусологічне дослідження слизу, калу, сечі, виділень з очей, аналіз крові на стерильність, проведення реакції Манту, рентгенологічне обстеження легень, тимусу, УЗД черевної порожнини, нирок, серця, головного мозку;
2. **другий етап** – повторне бактеріологічне та вірусологічне дослідження слизу, калу, сечі, виділень з очей, визначення маркерів гепатитів, інфекційного мононуклеозу, визначення внутріклітинних збудників- хламідії, мікоплазма, ДНК-віруси методом ІФА та ПЛР. Рекомендовано проведення МРТ головного мозку;
3. **третій етап** включає інвазивні методи – проведення пункцій стерильної, спинно-мозкової та із лімфовузла, гепатобіопсія, консультації хірурга, офтальмолога з оглядом очного дна, гематолога, імунолога, невролога.

На запитання чому ж може тривалий час у дитини як провідний синдром спостерігатись гарячка ми за даними літератури відповідаємо таким чином [11]. Стрес, вторинний імунодефіцит, зниження білків крові веде до порушення гемодинаміки та розвитку дисбіозу і як наслідок розмноження анаеробної флори, підвищення концентрації токсинів, чужерідних антигенів, полісубстратів в тонкій кишці та виникнення явища ендогенної інтоксикації. Однією з помилок лікарів амбулаторної ланки є те, що не бачать ознак токсикозу на ранніх етапах діагностики. Токсикоз проявляється змінами гемодинаміки, нервової системи та розладами водно-електролітного балансу. Перша ознака токсикозу це – блідість шкіри, темні кола під очима, ціаноз, мармуровість; друга ознака – розлад ЦНС (збудливість, яка змінюється в'ялістю, що характерно для бактерій), судоми; третя ознака – це сухі слизові оболонки та обличчя. Наводимо приклад: чому пропускають пневмококовий менінгіт у дітей раннього віку – довгий час може бути тільки субфебрильна температура, але поряд з цим дитина буде неспокійна, збуджена, а менінгеальні симптоми не завжди позитивні; чи при сальмонельозі - на фоні гарячки відмічається блідість, збудливість до того часу поки не з'явиться діарея [18].

Особливо слід звертати увагу на клінічні ознаки відповідності процесів тепловіддачі підвищеному рівню теплопродукції, тому що в залежності від індивідуальних особливостей і фонових станів гарячки, навіть при однаковому рівні гіпертермії, у дітей може перебігати по-різному. Так, якщо при підвищенні температури тіла тепловіддача відповідає теплопродукції, то це свідчить про адекватність перебігу гарячки. Клінічно це проявляється нормальною поведінкою і самопочуттям дитини, рожевою або помірно гіперемійованого забарвлення шкіри, вологою, теплою на дотик («рожева гарячка»). Такий перебіг гарячки вважається прогностично сприятливим. Якщо при підвищенні температури тіла тепловіддача істотно менше теплопродукції, то гарячка може набувати неадекватне перебіг. Клінічно при цьому відзначаються порушення стану та самопочуття дитини, що зберігається блідість шкірних покривів, акроціаноз, холодні стопи і долоні («бліда гарячка»). Ці клінічні прояви свідчать про патологічний перебіг гарячки, прогностично несприятливий і є прямим показанням для надання невідкладної допомоги [12-15].

Групу ризику по розвитку ускладнень при гарячці складають діти:

- У віці до 2 місяців життя при температурі вище 38°C;
- З фебрильними судомами в анамнезі;
- Із захворюваннями ЦНС;
- З хронічною патологією органів кровообігу, органів дихання;

спадковими метаболічними захворюваннями. Жарознижувальну терапію дітям слід проводити при аксилярній температурі тіла не нижче 38°C. Проте якщо у дитини на фоні гарячки, незалежно від ступеню її вираженості, відзначаються погіршення стану, міалгії, порушене самопочуття, блідість шкірних покривів і інші прояви токсикозу, антипіретичний терапія повинна бути призначена негайно. Дітям з групи ризику по розвитку ускладнень вимагають призначення жарознижувальних препаратів навіть при субфебрильній температурі. Якщо ж не дотримуватись цих постулатів, то ми можемо зітерти клінічну картину для правильного встановлення клінічного діагнозу та зламати захисний імунний каскад організму дитини.

Препаратами вибору при гарячці у дітей є парацетамол та ібупрофен. При цьому вважається, що ібупрофен (Нурофен для дітей) може застосовуватися в якості стартової терапії в тих випадках, коли призначення парацетамолу протипоказано чи малоефективно, крім того, з певною обережністю дозволено застосування препарату у дітей з 3-х місячного віку. Рекомендовані разові дози: ібупрофену - 5-10 мг/кг, парацетамолу - 10-15мг/кг. Повторне використання жарознижувючих препаратів можливе не раніше ніж через 4-5 годин після першого прийому. Ацетілсалцицилова кислота не використовується для дітей. Призначення жарознижувальних препаратів у курсовій дозі при гарячці заборонено[17,18].

Як правило, близько у 50% дітей з гарячкою невідомого генезу, в кінцевому рахунку, діагностують те, чи інше захворювання. У 65% дітей до 6 років причиною є вірусне захворювання, частіше верхніх дихальних шляхів. У дітей старших 6 років більш вірогідні ендокардит, інфекційний мононуклеоз, у 20% випадків виявляють аутоімунні хвороби, такі як ювенільний ревматоїдний артрит, системний червоний вівчак, запалення кишечника. Близько 10% випадків гарячку невідомого генезу у дітей викликають онкологічні захворювання, як правило, лейкози і лімфоми. Інші причини, які складають приблизно 10% випадків, включають алергії на лікарські препарати, генетичні захворювання та запалення різних органів, наприклад кістки, щитовидної залози, підшлункової залози або головного і спинного мозку. Близько 15% випадків причину гарячки невідомого генезу не вдається встановити, незважаючи на обстеження [19-21].

Наводимо клінічний приклад: хлопчик А., 7 років, був госпіталізований у дитяче інфекційне відділення 1 МКЛ м. Полтава у жовтні 2011 року (медична карта №829) з діагнозом, який встановив дільничний педіатр: Гарячка невідомого генезу. Скарги при госпіталізації: на підвищення температури до фебрильних цифр протягом 10 днів. Із анамнезу хвороби відомо, що мама хлопчика відмічала підвищення температури до субфебрильних цифр протягом 5 днів, лікувались вдома народними методами, потім звернулись до педіатра, після огляду лікар призначив аміксин. На протязі наступних 5 днів стан хворого не покращився, температура підвищувалась від 39°C до 40°C. Контакт із інфекційними хворими мама заперечує. При огляді: загальний стан середнього ступеня тяжкості, свідомість ясна, контакту доступний. Шкіра чиста, бліда, слизова оболонка ротоглотки помірно гіперемійована, мигдалики збільшені, чисті. Язик вологий, чистий. Дихання через ніс вільне. Пальпуються всі групи периферичних лімфовузлів від 0,5 до 1,0см в діаметрі, безболісні, рухливі. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Ритм серця правильний, тони гучні, ясні. ЧД - 22 за хвилину, ЧСС - 90 ударів за хвилину. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Печінка виступає на 1,5см від краю реберної дуги, селезінка на палькується. Фізіологічні відправлення не порушені. Лабораторні дані: **ЗАК** – ер-3,1*10¹²/л, Нв-102 г/л, лей-4,5 *10⁹/л, ШОЕ-6мм/год, п/я-4%, с/я-43%, лім-47%, мон-5%, ео -1%; глюкоза крові – 5,0ммоль/л; при біохімічному обстеженні крові - загальний білірубін 7,0мкмоль/л, прямий-2,0мкмоль/л, непрямий-5,0мкмоль/л, тимолова проба – 5,8Од, АлАТ-165 Од/л, АсАТ-127Од/л; **ЗАС** - питома вага-1016, лей-0-1 в п/з, жовчні пігменти – не знайдено; найпростіші не знайдені, інші показники без особливостей; при змиві із зіву на віруси – не виявлено; дослідження крові на маркери ВЕБ (вірусу Епштейна-Барр) методом ІФА ІgМ до капсидного антигену 99,9 Од (позитивний результат більше 40 Од) та раннього антигену ІgG вірусу Епштейна-Барр 75,8 Од (позитивний результат більше 20 Од). За результатами обстежень було встановлено діагноз: Інфекційний мононуклеоз, середнього ступеня тяжкості. Після проведеного лікування (у вікових дозуваннях): гропрінозин 8 днів, цефтріаксон 5 днів, фарингосепт, йогурт стан хворого значно покращився і на 12 добу в задовільному стані хлопчик був виписаний із відділення.

Висновок

У переважній більшості випадків встановлення діагнозу: Гарячка невідомого генезу на догоспітальному етапі є не коректним, що говорить про низьку настороженість лікарів амбулаторної ланки, щодо ранньої діагностики інфекції. Педіатрам потрібно підходити індивідуально та обережно в кожному окремому випадку, що допоможе прогнозувати перебіг хвороби.

Перспективи подальших розробок в даному напрямку. Отримані результати проведених досліджень дозволять скоригувати дії лікарів-педіатрів у вирішенні питання своєчасної діагностики та лікування дітей з попереднім діагнозом: Гарячка невідомого генезу.

Література

1. Анастасій І.А. Правомірність встановлення діагнозу «Гарячка неясного генезу на догоспітальному етапі» /Анастасій І.А., Дудар Д.М.. - [htt://translate:googleusercontent.com/](http://translate.googleusercontent.com/).

2. Богадельников И.В. Дифференциальный диагноз инфекционных болезней у детей /Богадельников И.В. - Симферополь, 2009, - 689с.
3. Богадельников И.В. Справочник по инфекционным болезням у детей. /Под ред. Богадельникова И.В., Кубышкина А.В., Лободы М.В. - К. - Симферополь, - 2008. - 432с.
4. Возіанова Ж.І. Інфекційні та паразитарні хвороби /Возіанова Ж.І. — К.: Здоров'я, 2000. -Т. 1-854с.
5. Дворецкий Л.И. Лихорадка неясного генеза в клинике внутренних болезней /Дворецкий Л.И. - М. -1997. - 53с.
6. Долгих М. С. Герпесвирусные инфекции у иммунодефицитных пациентов /Долгих М.С. // Тер. архив. – 2001. – № 11. – С. 59–65.
7. Иванова В. В. Иммунопатогенез инфекционной болезни у детей /Иванова В. В., Железникова Г. Ф., Шилова И. В. // Детские инфекции. – 2005.–Т.4,№1.–С.6–11.
8. Квашнина Л.В. Лихорадки неясного генеза /Квашнина Л.В. - <http://translate.googleusercontent.com/>.
9. Коровина Н.А. Острая лихорадка у детей /Коровина Н.А., Захарова И.М., Заплатников А.П. //Медицина сегодня. - №20 (346). - 2010. -<http://translate.googleusercontent.com/>.
10. Крамарев С.О. Інфекційні хвороби у дітей (клінічні лекції) /Крамарев С.О.– К.:Моріон.–2006.–479с.
11. Лобзин Ю.В. Руководство по инфекционным болезням /Лобзин Ю.В. — СПб: Фолиант, 2000. — 674 с.
12. Локшина Э.Э. Лихорадка у детей: тактика педиатра /Локшина Э.Э., Локшина О.Э., Зайцева О.В. //Лечащий врач.-2010.-<http://translate.googleusercontent.com/>.
13. Литвиненко Н. Г. Епштейн-Барр вірусна інфекція /Литвиненко Н. Г. //Інфекційні хвороби у дітей /За ред. С. О. Крамарева. – К.: МОРІОН, 2003. – С. 56–68.
14. Наказ МОЗ України від 08.10.2007 № 626. - Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим з гарячкою невідомого походження.
15. Рекомендации ВОЗ «Лечение лихорадки при острых респираторных инфекциях у детей» (WHO, 1993).
16. Тимченко В.Н. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций /Тимченко В.Н., Леванович В.В., Михайлов И.Б., - С.Пб.: ЭЛБИ-СПб. – 2010. – 432с.
17. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей /Учайкин В.Ф. «ГЭОНТАР медицина.» - М.: 1998. – 806с.
18. Фролов В. М. Синдром хронической усталости и иммунной дисфункции в практике врача-инфекциониста / Фролов В. М. //Сучасні інфекції. – 2000. – №2.–С.102–108.
19. Cohen J. I. Epstein-Barr virus infection /Cohen J.I.// N. Engl. J. Med. – 2000.–V.343.–P.481–492.
20. Kawa K. Epstein-Barr virus-associated diseases in humans /Kawa K. // Inf. J. Hematol.–2000.–V.71.–P.108–117.
21. Teeling J. History, biological mechanisms of action and clinical indication of intravenous immunoglobulin preparation /Teeling J., Bleeker W., Hack C. //Rev. Med. Microbiol. – 2002. – V. 13. – P. 91–100.

Реферати

ЛИХОРАДКИ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

Пікуль К.В., Ільченко В.І., Прилуцький К.Ю.,
Калюжка Е.А., Фастовець М.М.

Актуальность проблемы «Лихорадки неясного генеза» обусловлена возрастанием частоты встановленого предварительного диагноза педиатрами амбулаторного звена на Украине за последние 5 лет, большой вариабельностью причин болезни, сложностью специфической диагностики, что ведёт к диагностическим ошибкам, несвоевременному лечению детей, снижению доверия пациента к врачу. В статье авторы, кроме литературного обзора, приводят клинический пример ребёнка с диагнозом: «Лихорадка неясного генеза».

Ключевые слова: дети, лихорадка неясного генеза, обследование, лечение.

Стаття надійшла 26.01.2012 р.

FEVER OF UNKNOWN ORIGIN

Pikul K.V., Pchenko V.I., Prilutskiy K.J.,
Kalyuzhka E.A., Fastovets M.N.

Importance of the problem caused by increasing frequency formulation the preliminary diagnosis of fever of unknown origin outpatient pediatricians over the last 5 years in Ukraine. Variability of the causes of illness and difficulty of its specific identification lead to diagnostic errors, untimely treatment and loss of confidence to doctor. The authors in the article, except a literary review, make a clinical example of child with the diagnosis of fever of unknown origin.

Key words: children, fever of unknown origin, examination, treatment.

УДК 616.361-002.2

И.А.Салигов, А.А.Гидантов

Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку

Диспансер-поликлиническое объединение Марнеульского района Грузии

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ С НЕКОТОРЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СРЕДИ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ

Целью работы было изучение взаимосвязи хронических заболеваний желчевыводящих путей с некоторыми широко распространенными хроническими заболеваниями: артериальная гипертензия, сахарный диабет, язвенная болезнь 12-ти перстной кишки, болезни щитовидной железы, почечнокаменная болезнь. Осуществлено двухмоментное обследование азербайджанского населения, проживающего в селах Марнеульского района Грузии. Распространенность заболеваний желчевыводящих путей находится в тесной корреляции с эпидемическим ростом других «болезней цивилизации», протекающих с глубокими метаболическими нарушениями: артериальной гипертензией, болезнью щитовидной железы, почечнокаменной болезнью, и СД типа 2.

Ключевые слова: хронические заболевания желчевыводящих путей, хронические заболевания, корреляция.

Хронические заболевания желчевыводящих путей (желчекаменная болезнь (ЖКБ), хронический бескаменный холецистит) принадлежат к числу наиболее распространенных гастроэнтерологических болезней.